

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1931

THESE

N° 468

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Louis-Octave ROY

Né le 29 avril 1898, à Villiers-sur-Tholon (Yonne),
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

LA FORME ENDOCERVICALE
DU
CANCER DU COL DE L'UTÉRUS
(ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE)

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1931

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1931

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Louis-Octave ROY

Né le 29 avril 1898, à Villiers-sur-Tholon (Yonne),
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

LA FORME ENDOCERVICALE
DU
CANCER DU COL DE L'UTÉRUS
(ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE)

=====
Président : M. J.-L. FAURE, Professeur
=====

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1931

LE DOYEN... M. BALTHAZAD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE. MM
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE. MM
Physiologie	BINET. MM
Physique médicale	STROHL. MM
Chimie médicale	DESGREZ. MM
Bactériologie	LEMIERRE. MM
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT. MM
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN. MM
Pathologie médicale	CLERC. MM
Pathologie chirurgicale	LENORMANT. MM
Anatomie pathologique	ROUSSY. MM
Histologie	CHAMPY. MM
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU. MM
Thérapeutique	LOEPER. MM
Hydrologie thérapeutique et climatologique	Maurice VILLARET. MM
Hygiène et médecine préventive	TANON. MM
Médecine légale	BALTHAZARD. MM
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER. MM
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY. MM
	CARNOT. MM
Clinique médicale	BEZANÇON. MM
	ACHARD. MM
	M. LABBE. MM
Hygiène et clinique de la première enfance	LERÉBOULLET. MM
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT. MM
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE. MM
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT. MM
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN. MM
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER. MM
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD. MM
	DELBET. MM
Clinique chirurgicale	CUNEO. MM
	LEJARS. MM
	GOSSET. MM
Clinique ophtalmologique	TERRIEN. MM
Clinique urologique	LEGUEU. MM
	COUVELAIRE. MM
Clinique d'accouchements	BRINDEAU. MM
	JEANNIN. MM
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE. MM
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE. MM
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ. MM
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU. MM
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL. MM
Clinique propédeutique	SERGENT. MM
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE. MM



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (H.)	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
HUTINEL	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
SANME	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale
BRULE	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CHABROL	Pathologie médicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
PIEDELIERE	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
MIREAU	Pathologie médicale.
LABBE	Chimie biologique.

MM.

LEVEUF	Pathologie chirurgicale
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
VIGNES	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
DE GAUDART	
D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale
HASARD	Pharmacologie.
PORTES	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique
OLIVIER	Anatomie.
GASTINEL	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale
RICHET Fils	Physiologie.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
MILLOT	Histologie.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
RETTIERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.
N.	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	ABRAMI	Clinique médicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	CHIRAY	Clinique médicale.
LAINEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	DEBRE	Clinique médicale.
LE LORIER ...	Clinique chirurgicale.	DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	FIESSINGER ..	Clinique obstreicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL ..	Clinique obstreicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

*En bien faible hommage
de ma piété filiale et de mon
immense reconnaissance.*

A MA FEMME

A MON FILS

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BROCA

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Au Maître qui m'a fait le
grand honneur de présider
cette thèse.*

*En témoignage de ma pro-
fonde admiration et de mon
respectueux dévouement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOUAY

CHEF DES TRAVAUX GYNÉCOLOGIQUES A L'HOPITAL BROCA

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Témoignage de reconnais-
sance et de gratitude.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL LAUNAY
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

*Qui fut notre premier maître
en chirurgie.*

*En hommage de notre
grande admiration, en reconnaissance
de l'enseignement
qu'il nous a donné pendant
trois années passées dans son
service.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BINET

*En reconnaissance du cordial
accueil que j'ai toujours
trouvé auprès de lui.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR NOGUES

*En reconnaissance de l'aide
bienveillante qu'il m'a
apportée au cours de mes
études.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage

- 1920 M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD,
1921 M. LE DOCTEUR P. LAUNAY,
1921 M. LE DOCTEUR CETTINGER (*in memoriam*),

Externat

- 1922 M. LE DOCTEUR P. LAUNAY,
1923 M. LE DOCTEUR LION,
1923 M. LE DOCTEUR E. SORREL,
1924 M. LE DOCTEUR LÆDERICH.

Internat

- 1925 M. LE DOCTEUR BRULE,
1926 M. LE DOCTEUR MILHIT,
1927 M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUVRAY,
1928 M. LE DOCTEUR P. LAUNAY,
1929 M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE,
1930 M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PROUST.
-

A MESSIEURS LES DOCTEURS

GIRODE, HOUDARD, MAURER, LAQUIERE.

A MES CONFERENCIERS D'INTERNAT

DOCTEUR DEROCHE (*in memoriam*),
DOCTEUR JULIEN MARIE.

INTRODUCTION

Dans les études qui ont été faites sur le cancer de l'utérus, les différents auteurs font tous une place à la forme endocervicale du cancer du col. Mais, pour beaucoup, cette forme est considérée comme un simple mode de début du cancer du col, rejoignant rapidement à la période d'état le cancer du col ectocervical, avec lequel elle se confond comme évolution, pronostic et traitement.

Cette conception est très valable, si l'on veut bien considérer la description clinique de la période d'état classique du néoplasme cervico-utérin. Mais, actuellement, la période d'état classique est considérée déjà comme une période tardive, période des complications, puisque, à cette période, l'utérus a déjà perdu sa mobilité, les paramètres sont déjà infiltrés. La clinique actuelle est bien plus exigeante, veut des distinctions plus nettes, et demande dans les formes des différents cancers la description d'une période de l'évolution se rapprochant de plus en plus de la période de début. Ainsi, d'une part, les cliniciens désirent faire un diagnostic aussi précoce que possible, afin de pratiquer un traitement efficace. Mais aussi, d'autre part,

les malades mettent et mettront de plus en plus le chirurgien dans l'obligation de faire un diagnostic précoce, en venant le voir très tôt, dès le début de la maladie. Heureux résultats, qui s'accroîtront d'une propagande judicieuse et intensifiée profusant les bons conseils et qui, grâce au cri d'alarme poussé par ceux qui ont compris la gravité du problème, commence à porter ses fruits.

Il nous a donc semblé que, considérant les cancers du col au début, il fallait faire une différence bien plus marquée, opposer même par leurs signes cliniques le cancer du col, vaginal ou ectocervical, que l'on peut toucher du doigt, que l'on peut voir au speculum, presque à symptomatologie extérieure, au cancer du col, endocervical, qui ne donne que des signes indirects, pour ainsi dire, au toucher, que l'on ne voit pas au speculum, à symptomatologie frustrée et cachée, qu'il faut dépister par l'exploration endocervicale, et surtout la biopsie du canal cervical. Nous n'avons en effet pas le droit d'attendre qu'un cancer endocervical du col devienne apparent pour poser le diagnostic.

De même, au point de vue histologique, qui a pris une importance quasi primordiale, puisqu'elle vient immédiatement en second après le diagnostic de cancer, dans l'étude des cancers de l'utérus, on a tendance classiquement à distinguer un cancer ectocervical à forme pavimenteuse qu'on oppose au cancer endocervical à forme cylindrique, le premier généralement radiosensible, l'autre généralement radiorésistant.

Nous verrons qu'il n'en est rien : que le cancer endocervical est souvent pavimenteux, le plus souvent même, donc lui aussi radiosensible en général, et que, s'il faut opposer cliniquement les cancers ecto et endocervicaux, cette distinction n'a aucune valeur histologique.

Ainsi nous avons cru, sur les conseils de notre maître, M. le professeur J.-L. Faure, et de M. le D^r Douay, chef des travaux de laboratoire du service gynécologique de l'hôpital Broca, devoir essayer de tracer un tableau du cancer endocervical, en envisageant surtout le point de vue anatomo-clinique.

Nous nous sommes servi des très nombreuses observations de cancer du col, accumulées dans le service de gynécologie de notre maître. Nous avons eu comme documents, d'une part, ces observations qui s'accompagnent presque toutes, suivant l'habitude du service, d'un schéma clinique précisant les signes fournis par l'examen complet de la malade, d'autre part les très nombreuses planches en couleur des pièces opératoires prélevées au cours des opérations de wertheim,, faites pour des cancers au début — précisément au moment où elles nous intéressent au point de vue clinique — planches en couleurs dessinées par le docteur Douay immédiatement après l'opération. Il nous a été ainsi possible de comparer ces planches au schéma clinique qu'elles éclairent, en montrant ainsi l'exactitude ou au contraire les points où la clinique a été défailante et qu'il faudra perfectionner dans l'examen des malades suivantes, si possible. Nous pensons ainsi

avoir précisé la clinique de cette forme de cancer du col dans quelques-uns de ses aspects particuliers.

Les examens histologiques qui accompagnent les observations nous ont été très aimablement communiqués par M. le professeur Ch. Champy et M. Bulliard, chef du laboratoire d'histologie et d'anatomie pathologique du service, ainsi que leurs conseils les plus judicieux et les plus utiles pour notre travail.

Les discussions auxquelles les différentes observations ont donné lieu généralement au cours des leçons cliniques du vendredi à l'hôpital Broca, et qui sont consignées sur le carton d'observation, nous ont permis d'envisager les différents diagnostics que la malade a soulevés, et que l'opération a confirmés et parfois infirmés — ce qui est encore très instructif — et nous ont permis d'envisager les diagnostics à discuter après examen des malades.

Enfin, la plupart de ces malades ont été suivies. Il nous est ainsi possible de trouver des éléments de pronostic, et d'envisager la valeur dans la mesure actuelle — car elle est essentiellement modifiable, par l'évolution des moyens mis en œuvre — des traitements proposés.

Nous pensons ainsi avoir contribué dans une petite mesure à démontrer que, au début d'un cancer de l'utérus, il existe trois formes de cancer :

Le cancer du corps, dont le diagnostic se fait par le curettage, au besoin guidé par un examen lipiodolé, parfois suffisant à lui seul ;

Le cancer du col ectocervical, dont le diagnostic se fait par le toucher vaginal, mais surtout par l'examen au spéculum permettant une biopsie sous le contrôle de l'œil ;

Le cancer du col endocervical, dont le diagnostic se fait par le toucher vaginal, l'exploration instrumentale du canal cervical, et la biopsie endocervicale.

Et que, examinant une malade présentant des métrorragies continues, on ne doit rejeter le diagnostic de cancer que lorsqu'on est certain qu'il ne s'agit ni de la première, ni de la deuxième, ni de la troisième forme de ces cancers.

DÉFINITION

Notre définition du cancer endocervical sera essentiellement clinique et anatomique. En effet, nous appellerons cancer endocervical le cancer situé dans le canal cervical, c'est-à-dire dans la portion de la cavité utérine comprise entre l'orifice inférieur de la cavité du corps et l'orifice inférieur du col visible au spéculum; ou qui aura pris naissance dans ce canal ainsi délimité :

Anatomie du canal cervical.

Ainsi défini, le canal cervical ainsi compris, correspond environ à la portion de col située au niveau et au-dessus des insertions vaginales de l'utérus.

Il se continue en haut avec la cavité du corps, en bas avec l'orifice du museau de tanche. Il est formé par le col utérin susvaginal. Celui-ci, latéralement, répond à la base du ligament large comprenant les vaisseaux utérins et l'uretère, contenus dans la gaine hypogastrique. En avant, il répond à la vessie, dont il est séparé par un plan de clivage longtemps respecté par le néoplasme. En arrière et un peu à distance, le rec-

tum, auquel il est réuni par les ligaments utéro-sacrés, et dont il est séparé par la partie profonde du cul-de-sac de Douglas.

Sa vascularisation est assurée par les branches cervico-utérines de l'artère utérine, qui envoie des branches plus bas, au dôme vaginal, et en avant pour le bas-fond vésical.

La circulation de retour est assurée par les veines utérines. L'une accompagne l'artère utérine. Elle est volumineuse et plexiforme et va à l'hypogastrique. L'autre, postérieure, accompagne l'uretère derrière lequel elle est située et va rejoindre la précédente. Elle draine le sang de la partie supérieure du vagin et du bas-fond vésical. C'est le satellite de l'artère vaginale de renfort de Farabeuf. Elle va rejoindre la précédente avant de se jeter dans l'hypogastrique.

Les lymphatiques sont les mêmes que ceux de la portion vaginale du col. Ils se drainent de la façon suivante par une voie principale formée par la convergence des lymphatiques du corps et du col, située sur les parties latérales de l'utérus et qui suit l'artère utérine. Arrivée aux deux tiers internes du ligament large, elle abandonne l'artère, se dirige en dehors et en avant, chevauche l'artère ombilicale et arrive au ganglion principal. De là partent des efférents qui contournent les vaisseaux iliaques externes, montent en dehors des vaisseaux iliaques primitifs, se dirigeant vers les gros vaisseaux, et arrivent à la citerne de Pecquet.

La voie collatérale est composée de : 1° un groupe

rétro-urétéral se dirigeant vers les branches de ramescence de l'artère hypogastrique où il rencontre un ganglion. De là, les efférents gagnent le bord des vaisseaux iliaques primitifs ;

2° un groupe qui suit le bord supérieur de la lame hypogastrique vers le promontoire et rencontre un ganglion appendu à la veine iliaque primitive gauche.

Ces deux groupes se réunissent alors en formant un courant paravasculaire interne qui, au promontoire, passe en dehors vers le groupe principal.

Histologie.

Le canal cervical, tel que nous l'avons défini et limité au point de vue clinique qui nous intéresse, de l'isthme utérin à l'orifice visible au museau de tanche, présente une structure histologique variée suivant la hauteur où on le considère.

A. Dans sa portion supérieure, immédiatement au-dessous de l'isthme, la cavité cervicale est tapissée par un épithélium identique à l'épithélium endo-utérin.

Au point de vue histologique, cette portion fait partie du corps utérin. Comme celle du corps utérin, c'est de la muqueuse déciduale, à morphologie sans cesse remaniée par les phases du cycle menstruel.

Elle est composée : 1° d'un épithélium formé par une rangée unique de cellules cylindriques, hautes de 25 à 30 μ , garnies de cils vibratiles et munies d'une membrane basale. Le protoplasme, finement granu-

leux, prend bien les colorants, le noyau arrondi ou ovulaire occupe la partie moyenne de la cellule.

Il se continue par : 2° les cryptes de la muqueuse. Ces cryptes, tubulées simples, s'enfoncent dans le tissu conjonctif. Leur épithélium est analogue à celui de la muqueuse ;

3° Le tissu conjonctif est formé d'un fin réseau de fibrilles conjonctives avec un très grand nombre de cellules arrondies.

B. La portion située au-dessous de cette partie déciduale du canal cervical est au contraire particulière au canal. C'est, à proprement parler, le canal cervical histologique. Sa limite, par rapport à la précédente, est variable, plus ou moins haute au-dessous de l'isthme. La transition se caractérise nettement par l'apparition des glandes cervicales, permettant de noter l'endroit précis où l'épithélium à type corps utérin cesse.

Cette portion est caractérisée par :

1° Un épithélium cylindrique muqueux variant peu au cours du cycle menstruel ;

2° Les glandes cervicales ;

3° Le tissu conjonctif interglandulaire.

1° L'épithélium endo-cervical est du type prismatique simple parsemé de cellules à mucus.

Par rapport à l'épithélium susjacent, les cellules en sont plus hautes, moins larges. Leur protoplasme est plus clair, prenant mal les colorants. Leur noyau, allongé, est rejeté vers le segment basal de la cellule.

2° Les glandes cervicales sont moins nombreuses et moins serrées que les cryptes de la muqueuse du corps. Elles présentent une forme lobulée caractéristique : un certain nombre de culs-de-sac se disposant concentriquement autour d'une lumière centrale large, réalisant à la coupe un aspect polycyclique.

L'épithélium glandulaire présente une seule assise de cellules glandulaires. Ces cellules sont hautes, leur noyau est rejeté vers le pôle basal, et le pôle apical est rempli de mucus.

Schématiquement, on peut distinguer deux types extrêmes à ces glandes :

1° A la région cervicale supérieure, les glandes sont peu ramifiées, à orifice large, constituant une nappe continue comme celle du corps. Elles ne pénètrent pas le tissu conjonctif, d'ailleurs peu dense ;

2° A la région cervicale inférieure, les glandes sont plus grandes, plus ramifiées, à orifice généralement étroit. (Cette disposition expliquant la formation plus fréquente des œufs de Naboth à ce niveau.) Elles pénètrent profondément dans le tissu conjonctif plus dense.

3° Le tissu conjonctif interglandulaire est formé d'un réseau très riche en fibres collagènes et ne contenant que relativement peu de cellules, s'opposant ainsi au tissu conjonctif de la portion supérieure du canal cervical.

Ce tissu conjonctif est peu dense à sa partie supérieure, plus dense à sa partie inférieure.

C. La portion située au-dessous de cette partie qui constitue le canal cervical proprement dit est une partie qui dépend de la portion ecto-cervicale du col.

Elle se montre constituée comme elle par un épithélium pavimenteux stratifié. Cet épithélium comprend des cellules superficielles, lisses, aplaties, des cellules moyennes, grosses, polygonales, des cellules profondes, basses, cylindriques. Il existe des papilles peu développées. Le chorion est constitué d'éléments conjonctifs et élastiques avec des cellules arrondies nombreuses.

La limite entre cette portion malpighienne du canal cervical, correspondant comme structure à la partie vaginale du col et la partie sus jacente, spécifiquement cervicale, est extrêmement intéressante à étudier.

Cette limite est des plus variables, remontant plus ou moins haut dans la portion cervicale proprement dite. On voit même des glandes cervicales en plus ou moins grand nombre déboucher au milieu de l'épithélium pavimenteux. En réalité, cette disposition est acquise. L'explication en est dans la notion suivante : l'inflammation et les ulcérations sont extrêmement fréquentes dans cette portion du canal cervical. Les lésions cervicales postpuerpérales sont la règle. Or, la cicatrisation de ces ulcérations et de ces déchirures se fait toujours aux dépens presque exclusifs de l'épithélium à type pavimenteux qui s'étale ; il empiète ainsi peu à peu et plus ou moins haut, quelquefois très haut, sur l'épithélium prismatique qu'il remplace. Et c'est ainsi que l'on pourra voir des glandes cervicales

déboucher à la surface de l'épithélium pavimenteux stratifié de remplacement. D'ailleurs, la portion d'épithélium malpighien qu'on peut ainsi trouver entre les glandes cervicales présente souvent des caractères anormaux et montre bien ainsi qu'il s'est constitué dans des conditions demi-pathologiques.

Moyens d'exploration clinique.

Au point de vue clinique, l'exploration de ce canal cervical peut être faite :

1° Par le toucher vaginal combiné au palper qui, en refoulant les culs-de-sac du vagin, permet d'apprécier l'épaisseur de ses parois et leur modification.

2° Par le toucher rectal qui explore mieux la partie postérieure.

3° Par le spéculum, qui ne montrera que l'orifice inférieur du canal ou la partie inférieure du canal après dilatation.

4° Par l'hystéromètre qui apprécie la consistance de ses parois, la modification de sa forme, de son trajet, de sa consistance, l'existence de formation et qui, normalement manié, doucement, ne provoque pas de saignement.

5° Par la curette, qui permet de retirer des productions anormales et de les examiner histologiquement.

6° L'examen lipiodolé, très accessoire, mal précisé pour cette exploration et qui ne sert que dans des cas très particuliers comme nous le verrons.

ÉTIOLOGIE

Cette étude a pour but de montrer que des causes prédisposantes au cancer existant. Ces causes favorisent certainement le développement du cancer. Elles sont très utiles à connaître, car elles nous donnent le moyen d'empêcher certains cancers de prendre naissance en prédisant leur apparition probable. Ces états de la muqueuse utérine, prêts à devenir cancer, constituent les états précancéreux. Nous étudierons certains de ces états particuliers au cancer endocervical, états qui permettent presque de saisir le moment de la transformation d'une néoplasie bénigne en cancer. Auparavant, nous verrons quelle est la fréquence, relative aux autres cancers de l'utérus, de la forme endocervicale. Nous verrons aussi l'âge de prédilection.

Fréquence.

Le cancer endocervical est relativement fréquent. Nous devons nous baser sur les observations que nous possédons pour montrer cette fréquence. Nous n'avons pas d'autres statistiques prenant comme base l'examen clinique. D'autres statistiques prennent en effet comme

caractéristique du néoplasme endocervical le caractère histologique d'être un épithélioma développé aux dépens des glandes de la muqueuse cervicale et ne peuvent être comparées.

Nous avons trouvé, dans le service de gynécologie de Broca, depuis 1924 jusqu'en 1931, 90 observations de néoplasmes du col endocervicaux.

Dans la même période, nous avons trouvé dans le même service :

64 néoplasmes du corps

406 néoplasmes du col.

Nous voyons donc que, pour 470 malades ayant présenté des néoplasmes utérins, on trouve :

316 néo ectocervicaux

90 néo endocervicaux

64 néo du corps.

La forme endocervicale se voit donc dans environ :

19 % des néoplasies utérines

23 % des néoplasies du col,

soit près d'un quart.

On s'aperçoit ainsi que son importance est grande, étant donnée cette fréquence et l'intérêt qu'il y a à bien connaître ses manifestations cliniques, surtout au début, période favorable pour le traitement.

Age :

Dans nos observations, nous trouvons comme âge extrême :

Minimum : 15 ans (Obs. 37')

Maximum : 71 ans (Obs. 27').

Les différentes malades se répartissent de la façon suivante :

Au-dessous de 30 ans	2
De 30 à 40 ans.....	13
De 40 à 50 ans	30
De 50 à 60 ans	34
De 60 à 70 ans	10
Au-dessus de 70 ans	1

Nous voyons donc que le maximum de fréquence se rencontre de 40 à 60 ans, avec une fréquence un peu plus grande de 50 à 60 ans.

Ces chiffres montrent que la forme endocervicale est un cancer survenant surtout à la ménopause ou immédiatement après la ménopause, mais pouvant néanmoins s'observer chez des malades jeunes.

États précancéreux.

FIBROME. — On a prétendu que l'existence des fibromes était une prédisposition au néoplasme du col et que les néoplasmes se développant sur les moignons de col d'hystérectomie subtotale étaient surtout fréquents dans les hystérectomies pour fibrome.

Nous avons dans nos observations 5 malades ayant présenté des néoplasmes endocervicaux sur des moignons d'hystérectomie (Obs. 2", 5" 1, 7, 31). Pour une seule de ces malades, nous savons la cause ayant motivé cette hystérectomie : salpingite bilatérale.

Nous avons observé, d'autre part, 4 malades ayant présenté des fibromes en même temps que le néo-

plasme. Nous ne pensons pas qu'il soit possible de tirer une conclusion permettant de conclure à une influence quelconque du fibrome.

MÉTRITE. — Les métrites chroniques constituent indiscutablement un état précancéreux, et cette influence est particulièrement nette sur le développement de la forme endocervicale du néoplasme du col. En effet, de nombreux auteurs ont observé que la métrite cervicale chronique aboutissait, en réaction aux irritations qu'elle provoque, à l'hyperplasie des glandes et à la prolifération de leur épithélium (métrite polypeuse ou hyperplasique). Cette hyperplasie se traduit par deux aspects : soit l'exagération du nombre des replis des glandes vers le conjonctif (forme lobulée), soit l'exagération des replis du conjonctif vers la lumière de la glande (forme papillaire). Les deux aspects sont souvent associés.

Ces aspects peuvent aboutir à une dégénérescence épithéliomateuse, comme le montrent les examens biopsiques pratiqués pour des ulcérations métritiques suspectes.

Nous avons deux observations (n° 10' et n° 43). Dans la première (n° 10'), l'existence d'une métrite prolongée a précédé un néoplasme endocervical. Une première biopsie avait été négative au point de vue cancer. Une deuxième, faite un an après, a montré le néoplasme développé aux dépens des glandes cervicales.

La deuxième (n° 43) reproduit presque la première, mais est encore plus démonstrative.

ADÉNOMES. — Les adénomes du col constituent un état très prédisposé à la transformation néoplasique, surtout lorsqu'il y a simultanément infection et inflammation cervicale. Il semble, d'ailleurs, que les adénomes résultent de l'inflammation de la muqueuse. On peut distinguer deux formes à ces adénomes : 1° une saillante, ou polypes muqueux saillants du col, siégeant surtout assez haut dans le canal cervical.

2° Une non saillante siégeant plutôt à la partie inférieure du col, quelquefois sous l'épithélium à type vaginal qui a, grâce à une ulcération, plus ou moins remplacé l'épithélium cylindrique du canal. Ces deux formes différentes sont dues à la différence d'épaisseur du tissu conjonctif, épais en bas du canal cervical, moins dense en haut. Or, certains auteurs (Ch. Champy) ont pu dire « qu'on peut poser en principe que le cancer des glandes cervicales naît d'une glande adénomateuse ou d'un adénome, mais que toujours la prolifération adénomateuse précède le cancer ».

On verra, en effet, souvent un adénome saillant (polype muqueux) se transformer en cancer par son extrémité pendante (Ch. Champy et Coca).

D'autre part, il est possible de voir, dans certains adénomes non saillants, une prolifération lobulée des tubes glandulaires, même certains adénomes provoquer une ulcération avec tendance à l'envahissement dans la profondeur (adénomes térébrants), faisant immédiatement penser à un cancer térébrant, mais sans atypie bien nette de l'aspect cytologique.

Ch. Champy a montré des images dans lesquelles il

est possible de surprendre presque sur le fait la transition entre la glande normale et la glande cancérisée, et il en a tiré, avec Kano Moukayé, les éléments permettant de caractériser dans ces adénomes les signes de la malignité : on voit, en effet, les cellules s'étaler, perdre leur propriété d'élaborer du mucus, les cellules ciliées apparaître. Les noyaux ne sont plus rejetés à la base des cellules comme normalement, mais deviennent moyens ou superficiels, ont tendance à se stratifier en certains points et se multiplient par caryokinèse.

Nous avons, dans nos observations (Obs. n° 3), une malade ayant eu un adénome soigné par cautérisation au thermocautère et pansements et qui a présenté ensuite un néoplasme endocervical. Cependant, cette observation n'est pas démonstrative, la forme histologique du néoplasme étant pavimenteuse, à moins qu'il ne s'agisse d'une forme avec métaplasie, ce que nous ne savons pas, le compte rendu histologique ne le mentionnant pas et les coupes n'ayant pas été conservées.

Nous devons néanmoins tirer une conclusion pratique de ces considérations. L'adénome du col doit être opéré. Les cautérisations, la destruction aux caustiques semblent contre-indiquées, ajoutant une irritation à l'inflammation chronique qui l'accompagne et augmentant peut-être les chances de transformation maligne. Il vaut donc mieux l'enlever par l'amputation du col.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le cancer endocervical du col de l'utérus est, à son origine, exclusivement local. Mais, très rapidement, le noyau cancéreux, né dans le canal cervical, envahit de proche en proche le col et bientôt les paramètres sont à leur tour envahis. Les lymphatiques véhiculent des cellules néoplasiques et les ganglions hypogastriques se cancérisent plus tardivement. Nous étudierons successivement l'utérus néoplasique, les différents aspects de l'ulcération néoplasique, les propagations et les métastases du néoplasme, les lésions fréquemment associées.

L'utérus néoplasique.

Etant donnée la rapidité de l'envahissement du col par le cancer né de la muqueuse du canal cervical, il est très exceptionnel d'avoir l'occasion d'examiner une pièce opératoire de néoplasme endocervical très près du début. Il nous a cependant été donné d'avoir des pièces correspondant à un néoplasme tout au début, l'opération ayant été pratiquée sur un examen biopsique, les signes cliniques faisant presque défaut, les

signes d'examen autres que la biopsie quasi inexistant. Ce fut en particulier le cas pour l'observation n° 3 dans laquelle la biopsie faite sur une portion du canal un peu endurcie et un peu saignante à l'exploration instrumentale a posé le diagnostic alors que la lésion anatomique était au minimum.

Dans ces cas, les constatations anatomiques macroscopiques que l'on peut faire sont les suivantes : L'utérus en main, on ne voit aucune lésion apparente. Le volume du col est normal, notamment son rapport avec celui du corps est conservé. Le col apparaît dans toute sa hauteur comme normal, à la vue et au palper, la portion vaginale ne présente rien d'anormal, son orifice ne présente aucune lésion.

En fendant le col suivant l'axe du canal cervical, on a la cavité cervicale dans toute sa hauteur sous les yeux. L'endroit où se trouve le néoplasme n'est, à première vue, marqué que par des lésions très minimes, et c'est la petite plaie laissée par la pince biopsique qui permet de trouver la lésion. En y regardant de très près, on voit alors une petite zone plus blanchâtre sous-jacente à cette plaie.

Au palper, la lésion est bien plus évidente. Nettement on sent une petite induration. En incisant sur celle-ci, on constate le tissu blanchâtre et dur, criant sous la pointe du bistouri, occupant une zone grosse comme un grain de millet, ou plus comme un petit pois.

La situation de cette lésion, suivant la hauteur du canal cervical est très variable. Tantôt haut, près de

l'isthme, tantôt plus bas, ou même très bas, près de l'orifice inférieur du col. Ce point d'origine, suivant la hauteur, ne présume en rien de la forme histologique de la tumeur, et le résultat histologique fourni par l'examen biopsique qui avait précédé l'exérèse ne peut aucunement servir à localiser la lésion en hauteur dans ce canal. L'étude histologique du col nous a expliqué ces faits en apparence contradictoires.

Les paramètres enlevés ne sont pas indurés, mais bien souples et macroscopiquement non envahis.

Les ganglions, si on en a sentis et extirpés, sont, à la coupe, macroscopiquement non envahis. Seul l'examen histologique le montrera d'une façon certaine. On peut trouver des ganglions déjà envahis par le néoplasme, alors que la lésion du col est aussi minime que celle précédemment décrite. (Voir obs. n° 3.)

Les pièces opératoires que l'on examine macroscopiquement correspondent le plus souvent, même pour des néoplasmes très près du début clinique, à des lésions beaucoup plus avancées. Le col est déjà envahi profondément, et ceci nous explique que la pièce en main on fasse les constatations suivantes, qui tirent leur intérêt du fait qu'elles nous expliquent certaines particularités très importantes de l'examen clinique.

Le col est gros, beaucoup plus gros que normalement. Si l'on compare le volume du col à celui du corps, on constate une remarquable disproportion à l'avantage du col ; celui-ci peut égaler en volume le corps, souvent même le dépasser. Ceci s'explique par

les deux circonstances suivantes de la maladie :

1° L'envahissement du col est souvent très important, même chez des malades opérées très précocement, dès le début clinique ; 2° La régression sénile du corps, cette forme de néoplasme survenant surtout après la ménopause.

Le col est souvent plus ou moins déformé, un peu irrégulier, bosselé d'un côté par le néoplasme. Quelquefois, sa forme générale est conservée.

Sa consistance est dure, beaucoup plus dure que normalement, presque ligneuse ; si l'on examine l'orifice extérieur du col, il est possible que l'on ne voie aucune lésion apparente ; toutes les lésions sont endocervicales, comme nous le verrons en ouvrant le canal cervical.

Quelquefois, l'orifice est entr'ouvert. On aperçoit alors, soit de petits bourgeons néoplasiques, soit une petite ulcération périorificielle.

Dans d'autres cas, assez rares, on peut même voir sur une des lèvres du col un petit bourgeon néoplasique très localisé, alors que la région orificielle semble presque normale.

Ces deux dernières éventualités tirent leur intérêt du fait que, lorsqu'on n'a pas encore ouvert le canal cervical, elles font croire à une lésion néoplasique de l'orifice ou d'une lèvre du col, lésion qui paraît très minime et très localisée, et l'on sera étonné, après avoir fendu le canal cervical, de constater que ces lésions minimes de l'orifice du col ou du museau de tanche qu'on aurait pu prendre pour toute la lésion,

n'en sont qu'une extériorisation très petite, alors que le cancer a déjà envahi tout le col, jusqu'à l'isthme en haut, et finissant par apparaître en bas au niveau de la portion vaginale du col.

En effet, si l'on veut se rendre compte de l'étendue des lésions sur les pièces opératoires, il faut les ouvrir en fendant le col et le corps suivant leur grand axe.

Formes anatomiques macroscopiques.

L'examen de ces pièces opératoires de néoplasmes endocervicaux montre qu'il est possible de classer ces néoplasmes dans diverses formes anatomiques macroscopiques.

Ces diverses formes correspondent à des aspects schématiques des lésions endocervicales qui, au point de vue clinique, ont une certaine importance pratique.

Ces formes sont les suivantes :

- 1° Forme végétante ou bourgeonnante ;
- 2° Forme ulcéreuse ou creusante ;
- 3° Forme massive ou infiltrante ;
- 4° Forme térébrante.

1° Forme végétante ou bourgeonnante.

Elle est représentée par une tumeur saillant dans la cavité endocervicale, à base d'implantation de largeur variable. Elle occupe une région quelconque de la muqueuse du col. Au pourtour du point d'implantation, la muqueuse paraît peu modifiée.

La masse atteint un volume variable. Elle est irrégulière, bosselée, en chou-fleur. Cette tumeur friable, molle, s'écrasant facilement, se laissant facilement entamer par la curette, constitue comme une sorte de polype intracervical. Elle distend le canal cervical, entr'ouvre l'orifice vaginal du col, au niveau duquel on peut l'apercevoir parfois, où même elle peut sortir partiellement. Au niveau de l'orifice supérieur, si elle est haut située, elle peut fermer le canal cervical, transformant ainsi la cavité du corps en une cavité close dans laquelle va pouvoir se faire une rétention des sécrétions du corps, du sang et du pus. Ainsi se trouve réalisée l'hémato-pyométrie qui accompagne parfois le cancer endocervical.

Sa friabilité, la facilité avec laquelle la curette ou la pince à biopsie entame ce bourgeon sortant par le col ou saillant par le col élargi lorsque la tumeur est implantée bas dans le canal cervical sont autant de caractères cliniques permettant de le distinguer d'un polype muqueux simple du col.

Cette forme est rare. Nous l'avons observée cependant 17 fois, soit environ 18 % des cas. Elle constitue la forme la plus favorable, car elle donne des signes très précoces : hémorragies très abondantes. Elle s'extériorise assez facilement en entr'ouvrant le col et devient donc facilement apparente au clinicien qui examine sa malade au spéculum. Enfin, la lésion est beaucoup plus en surface qu'en profondeur. L'infiltration néoplasique ne dépasse généralement pas, sur les pièces opératoires, le col, et les paramètres ne sont pas

envahis, car, étant donné les signes importants et précoces de cette forme, l'opération est généralement faite très près du début.

2° Forme ulcéreuse ou creusante.

La lésion se présente sous l'aspect d'une ulcération profonde d'étendue très variable ; suivant son évolution, cette ulcération a tendance à gagner en profondeur et en surface, et il peut arriver que le canal cervical soit transformé en une cavité spacieuse dont les parois sont tapissées de bourgeons néoplasiques généralement peu volumineux. Ainsi le col est presque entièrement détruit par le néoplasme sans que l'orifice extérieur soit très touché. Les paramètres sont très rapidement envahis et l'infiltration néoplasique très rapidement telle, que ces cas sont très souvent inopérables. Cependant, les ganglions hypogastriques sont généralement envahis assez tardivement. Cette forme est très fréquente. Nous l'avons observée dans 23 de nos cas, soit environ 25 %, et réalise une des plus mauvaises éventualités pour le chirurgien. Par contre, si la forme histologique est favorable, elle constitue une forme relativement propice au radiothérapeute, à cause de l'évidement du col produit par le néoplasme qui, au cas où l'on voudrait placer un appareil radi-fère au centre des lésions, constitue une cavité toute faite pour le recevoir.

3° La forme massive ou infiltrante.

Dans cette forme, le néoplasme infiltre en totalité le col qui est très augmenté de volume. La portion vaginale du col est recouverte d'une muqueuse normale et, à la coupe, on trouve, à quelques millimètres au-dessus de cette muqueuse, une infiltration dure criant sous le couteau ou, au contraire, très friable, envahissant toute la hauteur du col, souvent comblant le canal cervical, dont la lumière est difficilement reconnaissable. L'envahissement gagne souvent sans transition les paramètres qui sont infiltrés. Il gagne aussi assez souvent en hauteur jusqu'à la partie inférieure du corps. Enfin, dans certains cas, la muqueuse du col est elle-même envahie par la partie inférieure du néoplasme. C'est cette infiltration, visible au spéculum, qui peut en imposer pour un néoplasme exocervical tout au début, alors que, en réalité, la lésion est déjà très étendue dans tout le col et en même temps dans les paramètres. Cette forme est la plus fréquente. Nous l'avons rencontrée dans 40 % des cas, d'après nos observations.

4° La forme térébrante.

C'est au contraire une variété rare. On la trouve dans 8 % environ de nos observations.

L'infiltration néoplasique, partie d'une région relativement peu étendue du canal cervical, se propage à travers le col dans différentes directions vers les paramètres ou vers la vessie. Cette propagation peut rapi-

dement gagner très profondément les paramètres lorsqu'elle se fait comme habituellement, latéralement, mais aussi gagner et envahir la vessie alors que la portion vaginale du col paraît indemne. Les ganglions sont fréquemment envahis dans cette variété anatomique, qui donne un minimum de signes cliniques alors que l'envahissement et la propagation sont déjà très avancés.

Formes particulières.

Cancer total.

Dans cette forme anatomique particulière, toute la muqueuse utérine est envahie, celle du corps et celle du col.

Cette éventualité est relativement rare, mais il en existe cependant un certain nombre de cas dans la littérature du cancer du col. Nous avons observé deux fois cette forme totale du cancer de l'utérus.

Anatomiquement, l'utérus est très augmenté de volume, toute la cavité est occupée par le cancer, la cavité du corps comme celle du col. Elles sont presque comblées et il est impossible de reconnaître ce qui appartient au col et ce qui appartient au corps. Dans certains cas même, les bourgeons cancéreux ont envahi complètement la portion vaginale du col et même la partie supérieure du vagin. C'était le cas dans l'observation n° 37' qui présente de plus la particularité très rare d'être survenu chez une jeune fille de 15 ans.

Le point d'origine de ces cancers totaux amène toujours des discussions. Pour certains, c'est un épithélioma du corps qui s'est propagé secondairement au col. Pour d'autres, c'est un cancer endocervical, né souvent près de l'isthme qui s'est propagé dans les deux directions vers le col et vers le corps. En dehors de la forme histologique du néoplasme qui peut parfois permettre de préciser le point de départ, il est souvent difficile de conclure. Dans notre observation 37', l'aspect histologique était celui d'un cancer cylindrique et papillaire.

Cancer sur un moignon d'hystérectomie.

Cette forme de néoplasme, si elle est endocervicale, n'a rien de particulier. Elle peut revêtir l'une des quatre formes schématiques décrites.

Elle tire ses particularités du fait que le corps n'existe plus. Aussi l'infiltration supérieure est-elle fort grave et très rapide, se faisant dans l'intestin grêle ou le côlon. (Voir obs. n^{os} 1, 7, 31, 2", 5".)

Cancer avec pyométrie.

L'association de phénomènes de pyométrie du cancer endocervical n'est pas exceptionnelle. La pyométrie est, en effet, l'apanage des cancers du corps bas situés et des cancers endocervicaux haut situés. Anatomiquement, l'utérus est augmenté de volume et très gros par rapport au col qui est lui aussi plus gros que

normalement. Le corps utérin est généralement mou, rénitent, parfois fluctuant. Sa surface est lisse, régulière, violacée. Lorsqu'on ouvre la cavité utérine, on constate la présence de débris sphacéliques retenus dans le corps utérin distendu, ainsi que du sang et du pus. La rétention s'explique par la présence d'un néoplasme endocervical haut placé souvent bourgeonnant, dont les bourgeons obstruent la cavité utérine au niveau de l'isthme. Le paroi utérine est quelquefois très amincie par la distension. Ces phénomènes de distension, joints à l'infiltration plus ou moins importante de l'isthme utérin par le néoplasme, font que la région de l'isthme est parfois si peu résistante qu'au cours de manœuvres opératoires, même très douces, l'utérus s'est rompu au niveau de l'isthme. C'est ce qui s'est produit dans l'observation n° 11.

On comprend qu'une telle éventualité soit importante à connaître, étant données les conséquences qu'elle peut avoir au cours de l'intervention chirurgicale.

Propagation et métastases.

Nous n'insisterons pas sur les propagations du cancer endocervical. Nous avons déjà vu qu'il se propageait vers le bas dans les lèvres du col et qu'il finit par apparaître dans l'orifice inférieur du canal ou par détruire les lèvres du col, devenant vaginal. Nous avons vu qu'il pouvait se propager en haut à toute la muqueuse utérine. Mais ses principales propagations

sont les mêmes que celles du cancer ectocervical : envahissement des paramètres, envahissement des lymphatiques utérins et des ganglions. Il n'y a rien là de particulier à la forme de cancer du col que nous étudions. Seule, la rapidité de l'envahissement lui est spéciale, la propagation se faisant beaucoup plus précocement et rapidement que pour la forme vaginale.

Les ganglions sont en effet souvent envahis très précocement.

Dans l'observation n° 3, on voit la malade présenter un ganglion hypogastrique envahi, comme le montre son examen macroscopique et son examen microscopique, alors que la lésion endocervicale est tellement minime et limitée que son diagnostic clinique aurait été impossible sans la biopsie.

Les métastases y sont rares. Ceci est d'ailleurs commun à tous les cancers du col quelle que soit leur origine. Nous en avons observé deux osseuses, l'une dans la colonne vertébrale ayant amené une paraplégie (obs. n° 12') chez une malade traitée par le radium, l'autre au niveau du sternum chez une malade non encore traitée. A ce propos, il a été dit que la radiumthérapie favoriserait les métastases. D'après ces deux observations, il est impossible de tirer une conclusion, la métastase osseuse s'étant produite dans un cas radiumthérapie et dans un cas non traité.

Certains auteurs ont noté l'existence de greffes vaginales au cours du cancer endocervical. Nous n'avons aucun de ces cas dans nos observations. On a accusé le curettage biopsique d'être la cause de cette greffe

vaginale. La preuve en est difficile à faire. Et il ne faudrait pas, de la possibilité, d'ailleurs extrêmement rare, de cette éventualité, en conclure à la nécessité de se priver de curettage biopsique dans l'examen du cancer endocervical.

Associations.

Le cancer endocervical peut être associé à d'autres lésions gynécologiques, préexistantes ou concomitantes. L'intérêt de ces associations est dans la difficulté de reconnaître les deux lésions d'une part, d'autre part dans les difficultés thérapeutiques qu'elles engendrent.

Cancer du col endocervical et fibrome.

Cette association est assez fréquente, au point qu'on a voulu faire des fibromes un état favorisant le néoplasme. Nous avons observé quatre fois l'existence de fibrome et de néoplasme endocervical (obs. n^{os} 17, 38, 41 et 22'). Une observation toute récente est venue s'ajouter à ces quatre observations. Dans celle-ci, l'existence du néoplasme n'avait été montrée que par la biopsie endocervicale.

Cancer et salpingite.

Les observations n'en sont pas très fréquentes. Il s'agit en général de vieilles salpingites refroidies se traduisant par des adhérences tubaires et utérines au péritoine du cul-de-sac de Douglas. Quelquefois, ce

sont des hydrosalpinx peu volumineux ou, plus rarement encore, des pyosalpinx (obs. n° 30).

Cancer endocervical et cancer du corps.

Il est possible de voir les deux formes de cancer se développer simultanément. Les deux cancers différents sont alors séparés par de la muqueuse saine. Leurs caractères histologiques sont, en général, différents : épithélioma pavimenteux, ou des glandes cervicales du col, avec épithélioma cylindrique du corps.

Nous n'en avons observé aucun cas.

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Les cancers endocervicaux revêtent des formes histologiques multiples. Cette multiplicité s'explique du fait qu'il existe :

1° *A la partie supérieure* du canal cervical tel que nous l'avons défini, une muqueuse cylindrique à type corps utérin ;

2° *A la partie moyenne*, le canal cervical des histologistes, avec des cellules de revêtement et des glandes cervicales muqueuses.

Ces deux parties donneront donc naissance à des cancers cylindriques ;

3° *A la partie inférieure*, constituée dans des circonstances demi-pathologiques, par la cicatrisation des ulcérations très fréquentes à ce niveau, qui font remonter sa limite dans le canal cervical de l'épithélium pavimenteux à type vaginal.

Cette partie donnera naissance à des cancers pavimenteux.

Mais il s'en faut que tous les cancers pavimenteux proviennent de l'épithélium pavimenteux. Sous l'influence de l'infection, en particulier, on peut voir dans du tissu cylindrique, apparaître un épithélioma pavi-

menteux, grâce à une transformation du type de ce tissu, appelée métaplasie.

Enfin, on peut voir des néoplasmes endocervicaux dans lesquels il est impossible de reconnaître la variété de tissu qui leur a donné naissance : ce sont les carcinomes, d'après la classification adoptée par le professeur Ch. Champy, et employée dans le service de gynécologie de l'hôpital Broca. On les appelle parfois : cancers à cellules indifférenciées.

Nous insisterons surtout sur les cancers développés aux dépens de la portion moyenne, car seuls ils sont particuliers dans les cancers endocervicaux.

Cancers des glandes et de la muqueuse endocervicale (partie moyenne du canal).

Ils revêtent deux formes suivant qu'ils se développent aux dépens des glandes ou des cellules de l'épithélium de revêtement.

Cancer des glandes.

Le néoplasme des glandes cervicales revêt deux formes au point de vue structure : l'une papillaire, l'autre lobulaire.

Dans la forme papillaire, on note une exagération très marquée des replis papillaires entre chaque glande cancéreuse.

Dans la forme lobulaire, c'est le contraire qui se passe. La glande exagère considérablement ses tubes

et envahit profondément le muscle. Quelquefois, les tubes glandulaires néoplasiques se rejoignent, délimitant ainsi de petites cavités secondaires dans chaque lobule communiquant par un petit orifice. Dans cette cavité on voit un produit de sécrétion très peu mucoïde.

D'ailleurs, ces formes sont schématiquement séparées. En réalité, les deux processus papillaire et lobulaire coexistent avec une prédominance d'un type.

Les caractères cytologiques qui marquent la transformation néoplasique des cellules sont les suivants : les cellules ont perdu leur calice muqueux, les noyaux ne sont pas basilaires, mais moyens ou apicaux. Ils se stratifient. Des cellules ciliées apparaissent. Enfin, les cellules ont tendance à envahir le muscle.

Cancer de l'épithélium de revêtement.

A côté de ces néoplasies des glandes, il existe un néoplasme des cellules de revêtement du canal. Généralement il s'accompagne d'une réaction des glandes, mais il peut exister seul à l'état pur. Nous l'avons observé une fois, dans une observation toute récente. La tumeur, très peu étendue, s'étalait à la surface interne du canal en un point très limité.

Les métaplasies.

Le canal endocervical histologique ne donne pas naissance seulement à des cancers cylindriques. Fréquemment on y constate des néoplasies pavimenteuses

par métaplasie. Cette variété de néoplasme pavimenteux peut quelquefois se distinguer des cancers pavimenteux développés sur une partie du canal devenue pavimenteuse par régénération épithéliale irrégulière. Dans ce dernier cas, en effet, il existe une limite nette entre les deux épithéliums cylindriques et pavimenteux.

Cancer des parties supérieures et inférieures du canal.

1° Partie supérieure.

Les cancers développés aux dépens des cellules cylindriques de la partie supérieure de notre canal cervical sont en tous points analogues à ceux du cancer du corps utérin. Histologiquement, on peut les distinguer du cancer de la partie moyenne, s'il existe dans le fragment examiné une partie de la muqueuse saine. Sinon, la distinction n'est plus possible.

2° Partie inférieure.

Ces néoplasmes sont les mêmes histologiquement que ceux du museau de tanche. On leur décrit suivant la nomenclature du professeur Champy qui a le mérite de se superposer assez bien à la clinique :

- Une forme papillaire,
- Une forme térébrante,
- Une forme tubulée.

Nous ne décrirons pas par le détail ces différentes

formes. Elles ne diffèrent en rien des cancers pavimenteux de la région du museau de tanche. Disons seulement qu'ils sont les plus fréquents dans nos observations.

Ajoutons que des formes mixtes : intermédiaires entre les pavimenteux et les cylindriques ne sont pas rares.

**Réaction du stroma. — Index caryokinétique.
Infection.**

L'examen histologique des épithéliomas montre les cellules épithéliomateuses du tissu conjonctif en plus ou moins grande abondance s'accompagnant d'une réaction inflammatoire plus ou moins importante. Cet examen du stroma et son abondance, l'intensité de la réaction inflammatoire pourraient, dans une certaine mesure, caractériser le degré de malignité de la tumeur. Mais cette méthode d'appréciation est difficile à appliquer, à moins d'un histologiste très exercé. De plus, au niveau du col de l'utérus, elle se complique du fait qu'il s'ajoute toujours une réaction inflammatoire due aux ulcérations superficielles qui accompagnent constamment le cancer.

De même, l'étude du nombre des cellules en mitoses par champ par rapport au nombre de cellules non mitotiques, index caryokinétique (Proust et de Nabias), peut rendre des services pour apprécier à un moment donné l'activité du cancer. Mais indépendamment de la difficulté technique de cette numération, il semble

que l'intensité des divisions caryokinétiques ne soit pas la même au même moment dans les différents points de la tumeur (Regaud).

Les ganglions.

Les ganglions envahis par le néoplasme reproduisent le type du néoplasme qui leur a donné naissance. Cependant, MM. Bulliard et Ch. Champy ont publié trois observations de métastases ganglionnaires cylindriques dans des cancers du type vaginal. L'explication qu'ils ont proposée est que l'existence d'un cancer voisin pouvait exercer une sorte d'induction sur les glandes cervicales et les incite à se multiplier et se métastasier, à moins que à côté du cancer vaginal il ait existé un cancer cylindrique passé inaperçu, ce qui est bien peu probable.

Statistique :

Dans nos observations, au point de vue histologique, nous avons trouvé, sur 84 cas examinés :

- 1 néoplasme à type du corps, d'ailleurs avec métaplasie et tubulé ;
- 49 épithéliomas du type vaginal se décomposant en :
 - 20 lobules,
 - 21 tubules,
 - 8 lobules tubulés ;
- 21 cylindriques, dont 7 des glandes cervicales d'une façon certaine ;

13 carcinomes,
soit 58 % de pavimenteux.

On voit donc la proportion élevée du type histologique pavimenteux. De même la fréquence relative (15 %) du type carcinome.

ÉTUDE CLINIQUE

Date et mode d'apparition.

Le cancer du col de l'utérus peut se voir à tous les âges, et la forme endocervicale de ce néoplasme ne fait pas exception.

Nos observations montrent cependant qu'il survient au moment ou peu après la ménopause (maximum des cas entre 40 et 60 ans).

Après la ménopause, les signes de début sont particulièrement nets. La malade, après plusieurs années pendant lesquelles les règles ont disparu, voit des pertes de sang réapparaître. Souvent elle n'y prête qu'une attention minime, croyant que « ce sont ses règles qui reviennent ». Ce n'est qu'au bout de quelques mois que, ces pertes sanguines se prolongeant, elle s'en inquiète et vient consulter. Tel était le tableau classique, il y a peu d'années, et encore vrai dans bien des cas. Mais, de plus en plus, grâce à la propagande faite dans le public, par affiches, articles de vulgarisation faits dans des journaux d'information à grande diffusion, aux conférences faites par T. S. F., qui touchent ainsi un auditoire extrêmement nombreux, on voit des

malades accourir chez leur médecin dès les premiers symptômes, dès les premières pertes sanguines anormales. Passée la ménopause, ces pertes de sang éveillent immédiatement l'idée d'un cancer du corps ou du col, vaginal ou endocervical, et en affirmant un cancer il est classique de dire qu'on a 9 chances sur 10 d'être dans la vérité.

Au moment de la ménopause, le début se confond avec les signes de cette ménopause. Les métrorragies passent facilement pour des règles survenues à un moment anormal, comme on le voit souvent à cette période. La malade ne discrimine pas ce qu'il y a d'anormal dans ces pertes de sang et ne vient consulter que lorsque leur répétition devient trop fréquente, alors que la lésion évolue déjà, depuis des mois parfois.

Avant la ménopause, il est fréquent de voir les malades assez précocement. A cette période d'activité génitale, les pertes de sang en dehors des règles prennent toujours pour les femmes un caractère pathologique qui les décide rapidement à venir consulter, malgré l'absence d'autres signes, en particulier de douleur.

Symptomatologie.

Trois signes fonctionnels traduisent l'évolution du cancer endocervical du col :

Hémorragie ;

Ecoulements ;

Douleurs.

Hâtons-nous d'ajouter qu'un seul est important, car il est constant, précoce, et on le trouve dans toutes les observations : ce sont les hémorragies.

Hémorragies :

Les métrorragies ouvrent toujours la marche du processus néoplasique, et marquent le début clinique.

Elles sont cependant très variables dans leur abondance, dans leur durée, dans leur fréquence. Au début ce sont des métrorragies peu abondantes, durant peu, peu fréquentes.

Elles présentent d'abord le caractère d'être provoquées, survenant après un traumatisme, même minime, tel que à l'occasion d'une injection, du coït. A l'interrogatoire de la malade, on retrouve toujours ce caractère d'hémorragie provoquée.

En dehors de ces petites pertes sanglantes provoquées, on note, si la femme est encore réglée, une augmentation de la durée et de l'abondance des règles : véritables ménorragies s'accompagnant souvent de caillots, dues sans doute au saignement du néoplasme au début, sous l'influence de la congestion utérine due aux règles. Mais ces ménorragies ne sont pas constantes. Puis, peu à peu, les caractères de ces pertes de sang changent, et les métrorragies deviennent continues. La malade perd chaque jour du sang, plus ou moins abondamment ; certains jours, quelques gouttes seulement tachent son linge ; d'autres jours, les pertes sont suffisamment abondantes pour obliger la malade

à se garnir. Ces pertes surviennent encore après un traumatisme, mais aussi spontanément, sans cause apparente. Jamais, à partir de ce moment, la malade ne présentera une période de 8 à 15 jours sans perte.

Enfin, peu à peu, ces pertes sanglantes, d'abord complètement inodores, ou sans odeur particulière, vont devenir malodorantes, et peu à peu fétides, s'accompagnant d'irritation des grandes lèvres et de la face interne des cuisses. Elles deviennent, de plus, moins franchement sanglantes, s'accompagnant de débris sphacéliques, les faisant comparer « à la lavure de chair, à la purée de châtaigne ». Il s'agit déjà d'une période assez avancée.

Accompagnant les pertes sanglantes, les femmes atteintes de cancer endocervical présentent assez souvent des pertes leucorrhéiques ou purulentes.

Leucorrhée.

Presque toujours les pertes de sang s'accompagnent d'une leucorrhée qui dilue le sang et se traduit par des pertes rosées, laissant sur le linge de la malade une tache sanglante auréolée d'une zone plus claire.

Mais, dans certains cas, ces pertes blanches deviennent particulièrement abondantes. Elles surviennent alors par crises, s'accompagnant souvent de douleurs qui cèdent dès que la perte de liquide purulent est terminée.

Douleurs.

Les douleurs sont un signe très accessoire. Généralement, elles font complètement défaut et ne surviennent qu'à une période très tardive.

Il existe cependant des cas où la douleur est très précoce, contemporaine des pertes sanglantes et s'accompagnant alors de pertes blanches par crises. Ces douleurs par crises, à type de colique utérine siégeant dans le bas-ventre, irradiant dans la région vulvaire, périnéale, les cuisses, s'accompagnant de pertes blanches par crises, chez une malade présentant des métrorragies continues, font aussitôt penser à une forme particulière : le cancer endocervical, compliqué de pyométrie et hématométrie.

État général.

L'état général est parfait pendant très longtemps et il ne faut pas compter sur une défaillance de cet état général pour faire le diagnostic de néoplasme ou, du fait que l'état général est excellent, éliminer ce diagnostic. Les malades sont même parfois florides, n'accusant aucune perte de force, ni d'appétit. Souvent même, elles présentent une adiposité notable et même exagérée en rapport avec leur ménopause. Cet état d'adiposité peut quelquefois créer des difficultés sérieuses d'examen et, dans certains cas, des difficultés chirurgicales telles qu'elles contre-indiquent une opération dans un cas cependant opérable sans ces conditions.

Examen clinique.

Cet examen comportera un certain nombre de manœuvres qui se succéderont dans l'ordre suivant :

1° Toucher vaginal combiné au palper.

Accessoirement : toucher rectal.

2° Examen au speculum.

3° Exploration endocervicale.

4° Biopsie endocervicale.

Toucher vaginal.

On pratiquera toujours le toucher vaginal combiné au palper.

C'est la seule façon de se rendre compte de l'état du col, de l'état du corps utérin, des culs-de-sac vaginaux. Cet examen est de la plus haute importance. C'est lui qui confirme les présomptions que fait naître l'interrogatoire, révélant les métrorragies continues. C'est lui qui incitera à poursuivre l'examen jusqu'à la biopsie, même lorsque l'examen au speculum sera entièrement négatif. Enfin, c'est le toucher combiné au palper qui seul peut nous donner des renseignements sur l'envahissement du paramètre, donc de fixer le traitement et de porter un pronostic.

Le col se présente à notre examen par toucher combiné au palper dans un état très particulier et pour nous très caractéristique. On le note dans le plus grand nombre de nos observations :

Le col présente un élargissement très notable de sa portion sus-vaginale.

En faisant le toucher avec deux doigts comme on le pratique habituellement, on constate que ce col est notablement renflé, en barillet, et cet élargissement porte sur sa partie sus-vaginale. Les deux doigts qui touchent étant placés de chaque côté du col, on se rend très nettement compte de cette augmentation de volume du col remontant haut jusqu'à l'isthme.

Explorant maintenant le corps, on constate qu'il est peu volumineux, normal, quelquefois un peu petit.

Si on compare son volume à celui du col, on le trouve à peine plus gros, et c'est souvent le col qui est le plus gros, réalisant une sorte de déformation en brioche de l'utérus, avec grosse extrémité : le col, en bas, corps plus petit en haut.

Cette déformation, que nous a fait remarquer M. le docteur Douay, est, en effet, très particulière et très caractéristique. Elle fait donc d'emblée penser à la forme endocervicale du cancer du col et va dès lors diriger tout notre examen.

La consistance du col est aussi très importante à noter. Elle est dure, généralement uniformément dure, parfois plus marquée en un point du col.

L'orifice du col peut paraître tout à fait normal au toucher vaginal. Dans certains cas, il paraît légèrement entr'ouvert et il est possible d'y faire pénétrer un peu le doigt qui peut alors avoir la sensation de masses friables dans le canal cervical.

On appréciera alors l'état des culs-de-sac vaginaux, cherchant à explorer latéralement les paramètres. Les

constatations que l'on fera seront variables suivant l'état plus ou moins avancé du néoplasme.

Dans les cas favorables, on les trouvera encore souples, donc les paramètres paraissent non envahis. Mais fréquemment, dans la forme endocervicale, on trouvera un ou deux culs-de-sac latéraux déjà indurés, moins souples, limitant la mobilité du col utérin qui est en partie fixé. On doit conclure que les paramètres, de ce côté ou des deux côtés, sont plus ou moins atteints.

Tout cet examen a été parfaitement indolent la plupart du temps. On peut cependant réveiller dans certains cas de la douleur latéralement dans les culs-de-sac. On doit penser qu'il s'agit alors de phénomènes inflammatoires soit au niveau du paramètre, soit au niveau des annexes. Cette constatation, jointe à la présence d'un léger état fébrile, peut expliquer en partie des signes d'infiltration des paramètres, qu'on aurait, dans le cas contraire, attribués tout entiers à l'envahissement néoplasique, donc à porter un pronostic moins sombre. La confirmation de cette manière de voir se fera par l'évolution sous l'influence du traitement médical et vaccinothérapique qui supprimera ou diminuera la partie inflammatoire et permettra ultérieurement de mieux apprécier l'envahissement néoplasique.

A la fin de l'examen, on ramènera du sang au niveau des gants qui ont servi à l'examen, sang quelquefois déjà au début, malodorant.

Le toucher rectal est souvent pratiqué comme complément d'examen. Il permet de bien sentir l'augmen-

tation de volume du col, et surtout d'apprécier si la cloison recto-vaginale est souple, ainsi que les paramètres. Il complète parfois très utilement le toucher vaginal.

Examen au spéculum.

Cet examen nous montrera l'aspect de la portion vaginale du col et l'orifice extérieur du col. Mais alors que dans la forme vaginale du cancer du col, cet examen à lui seul nous montre la lésion dans presque toute son étendue, avec son aspect clinique et tous ses caractères, dans la forme endocervicale, il nous montrera ou rien ou peu de chose, ne nous permettant de voir des lésions que lorsque, de proche en proche, elles ont fini par atteindre soit l'orifice cervical externe, soit une des lèvres du col et que ces lésions se sont déjà étendues souvent considérablement en largeur. Ainsi même cet examen, s'il n'était précédé du toucher vaginal pratiqué comme il a été dit, pourrait nous induire en erreur, nous faisant croire qu'il s'agit d'un épithélioma du col tout au début, alors que la partie visible n'est qu'une toute petite portion du néoplasme, le col étant envahi déjà dans toute sa hauteur et toute sa largeur. Mais le spéculum étant mis en place, nous allons procéder à l'exploration du canal cervical.

Exploration du canal cervical.

Cette exploration se fera avec un hystéromètre ou une pince à pansement peu volumineuse.

On cherchera à cathétériser le canal cervical. On recueillera alors des sensations variables suivant la forme du néoplasme.

Tantôt, l'instrument pénètre facilement dans l'orifice du col et tombe dans une cavité assez grande dans laquelle on peut le déplacer avec aisance. Dans cette cavité, on arrive, en explorant doucement dans les différentes directions, à trouver le canal cervical qui la prolonge vers le col utérin. Le néoplasme revêt alors la forme ulcéreuse.

Dans d'autres cas, l'hystéromètre pénètre bien dans l'orifice du col, mais vient butter sur une masse qui paraît arrondie, dont il fait le tour, donnant l'impression d'un polype intracervical, mais les tissus qu'il rencontre sont mous et friables. Enfin, on n'arrive pas à cathétériser la portion sus-jacente du canal. Il s'agit alors vraisemblablement d'un néoplasme à forme bourgeonnante, dont le chou-fleur dilate et distend le canal cervical.

Dans un troisième ordre de faits, cette exploration instrumentale du col nous montre un canal cervical rigide, indilatable. Il est même parfois impossible de pratiquer ce cathétérisme tant le canal est rigide et indilatable ; ou bien encore l'hystéromètre pénètre dans du tissu friable, et on ne sait où se trouve la lumière du canal. Cette infiltration de tout le canal nous montre qu'il s'agit d'une forme massive ou infiltrante.

Quelquefois, l'induration endocervicale est localisée et l'hystéromètre pénètre dans un pertuis qui n'est pas

le canal. Il est très possible qu'il s'agisse d'un cancer térébrant.

Les sensations qu'on retire de l'exploration du canal ne sont pas toujours aussi nettes ; on a souvent l'impression que le canal cervical n'est pas normal et surtout au cours de ces manœuvres, il se produit toujours une hémorragie par le col, souvent très abondante, et apparaissant dès le début des manœuvres, même pratiquées avec beaucoup de douceur.

Dans quelques cas rares, après avoir réussi à cathériser le canal, on voit sortir par le canal cervical, en même temps que du sang, une certaine quantité de pus. Il s'agit de pus en rétention dans la cavité utérine, au-dessus du néoplasme, qui fermait le canal. Le néoplasme était compliqué de pyométrie.

Biopsie endocervicale.

La biopsie est le temps le plus important de l'examen. C'est elle, en effet, qui affirme le diagnostic de néoplasme, même lorsqu'il est extrêmement localisé et ne donnant aucun autre signe physique. C'est elle qui donnera le diagnostic de la forme histologique, connaissance capitale pour le traitement. Dans certains cas, où le traitement sera radiumthérapique et où le radiumthérapeute voudra placer un tube de radium intracervical, elle s'élargira jusqu'à creuser une cavité dans le canal dans laquelle sera placé le dispositif radi-fère. Elle supprimera ainsi des bourgeons néoplasiques infectés qui obstruent le canal, si le traitement est opératoire.

Mais c'est évidemment son intérêt, diagnostique : 1° de la nature néoplasique ; 2° de la forme histologique que nous avons en vue au cours de l'examen. En particulier, au point de vue histologique, nous avons vu, au chapitre de l'anatomie pathologique, qu'il est impossible de savoir sans l'examen histologique à quelle variété on a affaire. Ni la forme macroscopique, ni la hauteur à laquelle le bourgeon néoplasique a été prélevé ne permettent d'avoir une idée sur la structure du néoplasme.

On a prétendu que la biopsie pouvait avoir des inconvénients graves : notamment favoriser les métastases à distance, ou permettre une greffe du néoplasme au niveau du vagin. Ces inconvénients sont sans doute possibles. Mais ils sont incontestablement très rares et ne contre-indiquent nullement la biopsie pour nous. Les renseignements qu'elle fournit sont d'un tel intérêt, si indispensables, qu'il en résulterait certainement des inconvénients bien plus grands et certains à se passer de biopsie pour éviter un danger hypothétique et très rare. On la pratiquera donc toujours.

Mais si la biopsie est d'un intérêt primordial pour assurer le diagnostic en mettant sous les yeux du chirurgien la néoplasie elle-même, elle peut, dans les cas où la lésion est très minime et cachée comme dans le néoplasme endocervical non extériorisé et très près du début, donner une sécurité trompeuse. Il faut, en effet, pour qu'elle soit utile, bien plus, non dangereuse par l'erreur qu'elle fait commettre, que la biopsie porte sur la partie cancérisée du canal cervical et non sur

une portion voisine et saine de la muqueuse. Aussi la biopsie ne doit-elle pas être faite au hasard et, pour être fructueuse, demande à être pratiquée par un opérateur exercé.

Les instruments dont on peut se servir sont, soit une petite curette de Wolkmann, soit l'instrument spécial de De Nabias. A Broca, nous avons l'habitude de nous servir de la petite curette spéciale que le docteur Douay a fait construire spécialement pour cet usage. C'est une curette droite, formée par un cylindre creux d'environ deux centimètres de hauteur et d'un centimètre de diamètre, monté à l'extrémité d'une longue tige mince, portant à l'autre extrémité une poignée cannelée. Ce cylindre, qui prolonge la tige, est coiffé par une extrémité arrondie, permettant l'introduction facile dans le canal cervical. Le cylindre creux présente deux fentes latérales assez larges à bords tranchants. Ainsi, lorsque la curette est introduite dans le canal cervical, s'il y existe un néoplasme, les bourgeons s'introduiront d'une façon certaine dans l'intérieur du cylindre creux par les fentes latérales. Un mouvement de rotation de la curette suivant son axe, mouvement facile à imprimer grâce aux cannelures du manche, lui fait faire un tour complet. Les bourgeons sont sectionnés par les bords tranchants des fenêtres latérales et, en retirant l'instrument, on les recueillera facilement dans la cavité. Ainsi, l'exploration étant répétée plusieurs fois et à des hauteurs variables, tout le pourtour du canal est exploré, et s'il

existe un bourgeon néoplasique, on sera certain de l'avoir prélevé.

En règle, cependant, la biopsie utile est facile à faire. C'est que, en général, les malades viennent encore à une période assez éloignée du début, et le néoplasme, même non apparent, a déjà atteint un certain volume. Dans la majorité des cas, on n'a pas besoin de choisir son fragment. La curette de Wolkmann ramène, au premier coup, un bourgeon dont l'aspect macroscopiquement néoplasique n'est guère douteux. Même il arrive assez fréquemment qu'un fragment néoplasique se voit à travers l'orifice cervical ou sur le rebord d'une des lèvres du col, et on n'a qu'à le cueillir avec une pince coupante.

Dans d'autres cas, la biopsie est très difficile et demande un œil exercé. Il faut choisir son fragment. La règle, pour faire une bonne biopsie, est la suivante : 1° prélever le fragment où l'hystéromètre fait le plus facilement saigner le canal et là où il montre le maximum d'induration ; 2° employer des instruments spéciaux et, en particulier, l'excellente petite curette du docteur Douay ou la curette à guillotine de De Nabias.

Si les signes cliniques de néoplasme du col sont très nets : métrorragies continues, augmentation de volume du col, et qu'on constate que la biopsie est indispensable et impraticable sans dilatation préalable du col, il faut recourir à l'anesthésie générale. Il existe, en effet, des cas où le canal cervical est absolument indilatable et où, par conséquent, on ne peut introduire aucun

instrument dans la cavité cervicale. La biopsie constitue alors une véritable petite opération ; sous anesthésie générale, on dilate le col et l'on essaie de faire un prélèvement à la curette coupante. On est quelquefois obligé de faire le prélèvement au bistouri, en tranchant dans le col un fragment bien orienté et suffisant pour faire un examen histologique dans de bonnes conditions. Cette éventualité s'est présentée dans deux de nos observations. Etant donné l'intérêt de celles-ci, nous les reproduisons résumées :

Obs. n° 8. — Mme R., 47 ans.

Malade venue pour métrorragie continue.

Examen :

Toucher combiné au palper.

Col dur mais mobile, pas d'infiltration des paramètres.

Spéculum : Col d'apparence normal.

Exploration endocervicale : canal cervical très dur, indilatable mais saignant facilement à l'exploration par l'hystéromètre.

Biopsie impossible sans dilater le col.

Anesthésie au Schleich. Après dilatation forcée du col aux bougies on retire à la curette quelques bourgeons pour l'examen histologique.

Examen : néoplasme des glandes cervicales.

Opération le 1^{er} septembre 1925 (Dr Michon) Wertheim, légère infiltration du paramètre gauche. Pas de ganglions perceptibles.

La malade a donné de ses nouvelles en 1930. Va très bien.

Obs. 9. — Madame L., 60 ans.

Malade venue pour des métrorragies continues.

Examen :

Toucher combiné au palper gros col aussi gros que le corps mais bien mobile.

Spéculum : col sans modification visible.

Exploration du canal cervical :

Canal induré, indilatable, mais saignant facilement.

Biopsie endocervicale : impossible sans dilater le col.

Anesthésie au Schleich. Dilatation forcée légère du col.

Curettage explorateur qui ramène quelques petits débris, insuffisants. Biopsie au bistouri.

Examen : épithélioma lobulé. Opération le 19 sept. 1925 (Dr Douay) Wertheim-Mickulicz.

La pièce montre le col infiltré en masse sur toute sa hauteur.

Revue 3 ans après en très bon état. Depuis on n'a pas de nouvelles et son adresse est inconnue.

Ces deux cas de biopsie très difficile ayant nécessité une anesthésie générale montrent bien l'intérêt de celle-ci. Elle a permis le diagnostic de cancer endocervical, l'opération indiquée se traduisant par une guérison constatée de cinq ans et une de trois ans au moins, avec beaucoup de chances de guérison définitive, les récidives post-opératoires étant exceptionnelles après deux années.

Examens complémentaires.

On peut compléter ces examens qui sont capitaux par des examens accessoires secondaires, qui ont un certain intérêt.

La cystoscopie et le cathétérisme des uretères.

La cystoscopie pourra montrer le retentissement vésical du néoplasme. Il faut bien savoir que ce reten-

tissement peut être uniquement anatomique, aucun trouble vésical n'existant. Inversement, il peut exister des troubles vésicaux sans que la vessie soit atteinte.

Les lésions que l'on observera sont par ordre de gravité croissante (Gouverneur) :

- 1° Bombement vésical;
- 2° Bombement vésical avec œdème;
- 3° Bombement vésical avec peu de vascularisation;
- 4° Grands plis vésicaux transverses (ballonnements);
- 5° Œdème diffus;
- 6° Œdème bulleux;
- 7° Ulcération néoplasique, seule lésion spécifique.

Mais l'ulcération mise à part et correspondant soit à des lésions très avancées, soit à un néoplasme térébrant, les autres lésions, tout en traduisant un état assez étendu du néoplasme, ne prouvent pas que la vessie est envahie, ni même adhérente. Elles peuvent s'expliquer par une gêne circulatoire dans les paramètres, qui peut être due à des phénomènes inflammatoires aussi bien que néoplasiques. Néanmoins la constatation à la cystoscopie d'œdème bulleux ou à plis transverses est un élément de gravité important dans l'étude de la maladie.

Le cathétérisme des uretères ne nous paraît pas devoir rendre grands services. Il est peut-être dangereux de même que l'introduction de sondes urétérales pour faciliter la découverte des uretères au cours de l'opération. Il peut en effet retentir fâcheusement sur la sécrétion rénale, et, de ce fait, ajouter un élément de gravité supplémentaire à l'opération.

Le lipiodol intra-utérin.

Cette exploration qui rend des services considérables dans l'exploration de la cavité du corps utérin ne permet guère d'explorer le canal cervical et n'est pas utilisée. En effet, au niveau du canal cervical, la cavité est toujours irrégulière, ses replis sont nombreux et variables, et l'image serait impossible à interpréter. De plus des moyens simples permettent beaucoup mieux d'explorer ce canal.

Mais cet examen lipiodolé, s'il ne permet pas d'explorer la cavité cervicale, permet dans certains cas de dire que la cavité du corps est normale, et ainsi d'éliminer parfois le diagnostic de néo du corps qu'on aurait été tenté de porter. Nous connaissons aussi un cas où il a montré l'existence d'un néoplasme du corps associé au néoplasme endocervical, diagnostic que l'opération de Wertheim a confirmé. Il pourra aussi montrer l'existence du néoplasme total.

Examen bactériologique des sécrétions du col.

Enfin, il peut être très intéressant de faire un examen microscopique des sécrétions du col. Les lésions néoplasiques sont toujours infectées. Il y a intérêt à savoir à quels microbes est due cette infection, de façon à pratiquer une vaccinothérapie ou une sérothérapie qui peut rendre de grands services. Elle permettra dans une certaine mesure de lutter contre l'infection certaine du tissu cellulaire du petit bassin et de la gaine hypogastrique dans les opérations de

Wertheim. Mais le plus sûr moyen de lutter contre cette infection après l'opération est encore, actuellement, de prévoir un système de drainage aussi large que possible permettant ainsi de réaliser un pansement aussi « à plat » que possible des tissus infectés. Il est évident qu'il n'existe pas de système de drainage qui réalise mieux et plus facilement cette indication que le drainage à la Mickulicz. Et c'est cette notion de chirurgie générale des tissus infectés qui a fait adopter et si chaudement préconiser ce système de drainage par notre maître J.-L. Faure, qui l'emploie systématiquement dans les opérations de Wertheim, méthode qui, dans le cas particulier, est suivie par un nombre de plus en plus grand de chirurgiens du monde entier dans la chirurgie du cancer du col, et dont les résultats confirment le bien-fondé de sa conception.

Examen général des différents appareils.

Ces examens font partie des examens habituels.

Nous n'insisterons pas sur l'utilité de connaître le dosage d'urée sanguine, ou la constante d'Ambard chez de telles malades, ni sur la numération globulaire, pour se rendre compte du degré d'anémie et de la nécessité de petites transfusions sanguines. De même sur les examens cardio-vasculaires. Ils n'ont rien de spécial.

FORMES CLINIQUES DU CANCER ENDOCERVICAL

Nous n'insisterons pas sur les formes hémorragiques, les formes douloureuses, les formes fébriles qui constituent des modalités cliniques sans grande importance.

Nous retiendrons seulement quelques formes spéciales :

Le cancer endocervical avec pyométrie ;

Le cancer endocervical associé au fibrome ;

Le cancer endocervical associé à la salpingite ;

Le cancer endocervical du moignon de col d'hystérectomie subtotal ;

Le cancer total de la muqueuse utérine dont nous avons observé quelques cas.

Cancer endocervical et pyométrie.

La pyométrie, accompagnée d'hématométrie, n'est pas absolument exceptionnelle dans le cancer du col endocervical. Cette complication que le cancer endocervical partage avec le cancer du corps s'explique par la situation haute dans le col, au niveau de l'isthme, de bourgeons néoplasiques souvent volumineux

qui obstruent d'une façon continue ou intermittente le canal cervical.

Cliniquement, on distingue une forme fermée, une forme ouverte, une forme intermittente.

Dans la forme fermée, la pyométrie se traduit par l'existence d'un état général grave, fébrile, continu, de douleurs vives dans le bas ventre.

Le pyomètre intermittent est caractérisé par deux symptômes : les douleurs très vives survenant par crises, souvent très précoces. Puis la malade présente une véritable débâcle de pus et de sang accompagnés souvent de débris sphacéliques. Cette débâcle de pus calme les douleurs et lorsque la malade présente un état fébrile, la fièvre tombe.

Le pyomètre ouvert, caractérisé par des pertes blanches, fétides, sanieuses, accompagnées de pertes de sang, est exceptionnel dans le cancer endocervical. Il est au contraire fréquent dans le cancer du corps. Lorsqu'on en constate les signes ainsi qu'une atteinte du canal cervical, il s'agit alors vraisemblablement d'un cancer du corps propagé au canal cervical ou inversement, ou d'un cancer total.

A l'examen, dans les cas compliqués de pyométrie, on constate au toucher, combiné au palper, une augmentation notable du volume de l'utérus, qui est arrondi, globuleux, rénitent, parfois pseudo-fluctuant, et douloureux.

Au spéculum, le col est d'apparence normal, à moins que le néoplasme soit très étendu, mais les cancers endocervicaux s'accompagnant de pyométrie

siègent généralement haut et l'aspect du col est normal.

L'exploration du canal cervical fait faire le diagnostic. En explorant le canal, l'hystéromètre butte sur une masse plus ou moins dure. Si l'on essaie alors de dilater le col légèrement pour forcer le passage, on donne issue à un flot de pus (obs. n° 38).

Ces formes compliquées de pyométrie sont généralement graves. L'infection se traduit par une température oscillante fatiguant les malades. Enfin, au point de vue thérapeutique, elles compliquent singulièrement le traitement. La désinfection utérine est difficile à obtenir. Si l'on veut faire un traitement curiethérapique, on risque des phénomènes septiques fort graves. Lorsqu'on opère ces malades, les accidents septiques sont aussi redoutables, et l'on peut voir le pus inonder le champ opératoire. De plus, l'isthme infiltré par le néoplasme et distendu par la rétention peut se rompre au cours de l'opération (obs. n° 17) compliquant considérablement la suite de l'exérèse chirurgicale, et semant du tissu cancéreux dans le petit bassin.

Cancer endocervical et fibrome.

L'association n'est pas exceptionnelle. La malade a d'abord présenté les signes du fibrome : ménorragies, pesanteur du bassin, puis les métrorragies sont apparues. L'examen révèle l'existence du fibrome. Il faut connaître la possibilité d'association du cancer endo-

cervical et du fibrome pour avoir l'attention attirée sur cette forme, et si au toucher on constate un col augmenté de volume dans sa partie haute, si les métrorragies ont pris le caractère d'être devenues traumatiques et continues, si, enfin, le doigt qui touche ramène du sang, il faut explorer le canal cervical. D'ailleurs, nous pensons que l'hystérométrie doit être toujours pratiquée en cas de fibrome. Ainsi on fera saigner facilement le col au passage de l'hystéromètre dans le canal cervical et l'on dépistera un néoplasme endocervical au début. Mais souvent le diagnostic de l'association n'est pas fait (obs. n° 17), et c'est à l'opération que le diagnostic se fait, en tranchant à travers le col néoplasique au cours de l'hystérectomie subtotale. Et quelquefois même le diagnostic n'est pas fait au cours de l'hystérectomie si elle est subtotale. Nous avons examiné récemment une malade qui avait subi une hystérectomie subtotale pour fibrome, parce qu'elle présentait des métrorragies continues. Les métrorragies ont continué après l'opération, et une biopsie faite un mois après la subtotale a montré l'existence d'un épithélioma endocervical. Heureusement ces éventualités sont tout à fait exceptionnelles.

Cancer endocervical et salpingite.

Cette association se traduit cliniquement par l'existence de masses nettement annexielles, quelquefois bien perceptibles, d'autres fois beaucoup moins nettes, mais toujours douloureuses. D'autre part, la mobi-

lité utérine est diminuée. Il faut tenir compte des phénomènes inflammatoires dans l'appréciation de l'envahissement des paramètres, et lorsque les culs-de-sac postérieurs et latéraux sont douloureux si l'induration latéro-utérine est peu marquée, attribuer cette fixité de l'utérus à l'infection annexielle et non au néoplasme.

Ces lésions gênent parfois considérablement l'opérateur, aggravent ainsi le pronostic immédiat de l'opération. Elles sont aussi très importantes pour le radiumthérapeute, des poussées inflammatoires et péritonitiques très graves peuvent suivre l'application de radium.

Cancer endocervical développé sur un moignon d'hystérectomie subtotal.

Cette forme n'a rien de particulier au point de vue clinique ou anatomique. Son pronostic est particulièrement grave à cause de l'infiltration très rapide des organes abdominaux et du péritoine. Sa thérapeutique est particulièrement difficile. L'opération est généralement très pénible et très grave, souvent impossible. La curiethérapie est aussi très difficile et très aléatoire.

Cette forme est d'ailleurs très exceptionnelle et sa fréquence ne justifie pas les risques supplémentaires que crée l'hystérectomie totale systématique. Néanmoins, si l'on est amené à pratiquer une hystérectomie chez une femme présentant un état de col qu'on

puisse considérer comme précancéreux, et en premier chef un adénome du col, il faut faire une hystérectomie totale.

Cancer total de la muqueuse utérine.

Nous mentionnons cette forme clinique, parce que nous en avons une observation (n° 37).

Ce néoplasme s'accompagne souvent de pertes blanches, et de douleurs. Au toucher, le col est souvent ouvert, le doigt pénètre dans la cavité cervicale et perçoit des bourgeons néoplasiques. Au spéculum, on voit l'orifice cervical agrandi et bourgeonnant. L'exploration instrumentale du canal cervical et de la cavité du corps montre l'existence de bourgeons néoplasiques sur toute la hauteur de ces cavités. Il est très difficile, sauf examen histologique concluant, de savoir l'origine endocervicale ou corporéale de cet épithélioma.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

C'est le diagnostic étiologique des métrorragies. Nous avons vu, d'ailleurs, quels caractères particuliers, il fallait rechercher à ces métrorragies pour les attribuer de préférence au cancer : elles doivent être continues, elles ont été traumatiques, au début.

Après la ménopause, le diagnostic différentiel est beaucoup facilité : « Les métrorragies après la ménopause sont 9 fois sur 10 cancéreuses. » A cette période de la vie génitale des femmes, on fera plutôt l'erreur inverse, qui consistera à voir du cancer là où il n'est pas. Mais l'erreur n'est pas grande. Il serait plus juste de dire « là où il n'est pas encore », car un utérus qui perd du sang après la ménopause, s'il n'est pas cancéreux au moment des examens pratiqués pour déceler le cancer, fera peut-être plus tard la démonstration de son envahissement néoplasique. Il vaut mieux l'enlever.

A la ménopause, le diagnostic différentiel est beaucoup plus difficile. Les troubles des règles, qui caractérisent cette période, le fait que c'est à cette époque que les fibromes, parfois jusque-là latents, se révèlent ; de plus la notion que c'est l'âge où les cancers

sont les plus nombreux, compliquent le problème. C'est toujours la crainte de laisser un cancer non diagnostiqué qui inspirera le clinicien et lui fera multiplier les examens, au premier chef la biopsie, jusqu'à ce que « toute arrière-pensée » de néoplasme soit écartée.

Avant la ménopause, si les causes des métrorragies sont multiples, elles font plus facilement leurs preuves. Mais l'idée du cancer viendra souvent à l'esprit, à propos de lésions en apparence banales mais qu'on sait être des états précancéreux.

Parmi les diagnostics que l'on discute habituellement, on trouve :

Les fibromes.

Les métrorragies y sont discontinues, la femme restant une période de 10 à 15 jours sans perdre. Elles ont toujours été précédées de ménorragies, qui allongeant la durée des règles s'accompagnent généralement de caillots.

Le toucher, combiné au palper, montre l'augmentation de volume irrégulière souvent du corps utérus ; le col est normal au toucher.

Le spéculum montre un orifice cervical sans lésion.

L'hystérométrie décèle une cavité agrandie et cette exploration ne fait pas saigner ou très peu.

Cependant, il faut toujours penser au cancer, même si la malade est porteuse d'un fibrome, si les métrorragies sont continues, peu abondantes ; si, au tou-

cher, le col est augmenté de volume ; si, à l'hystérométrie, le col cervical saigne très facilement et abondamment, bien que l'orifice soit normal, il faut faire une biopsie endocervicale (obs. 17, obs. 46, obs. 41).

Le polype du col.

Le diagnostic en est généralement facile, et on prendra pas un polype muqueux du col endocervical pour un cancer. Notons, à ce sujet, quelques règles cliniques :

Lorsqu'on sent par le toucher, même dans le col, un bourgeon et qu'on le voit ensuite au spéculum, il s'agit bien souvent d'un cancer.

Lorsqu'on voit au spéculum un bourgeon qu'on n'a pas senti au toucher, il est probable que ce n'est pas du cancer.

Mais les polypes muqueux du col sont des adénomes saillants et comme tels constituent un état précancéreux. Il faut les enlever et toujours faire faire un examen histologique, en choisissant sur le ou les polypes enlevés le point qui est induré et blanchâtre. Souvent le laboratoire répondra que le fragment examiné est suspect ou même dégénéré.

Les adénomes du col.

Ils se caractérisent par des pertes glaireuses, sanguinolentes, rosées comme de la gelée de coing.

Cliniquement, le col est gros, souvent hypertrophié dans l'ensemble. Au niveau de l'orifice cervical, c

voit saillir un bourgeon plus ou moins volumineux, généralement peu saillant, sa consistance est résistante, élastique. Sa surface est grenue, rouge, analogue à une framboise.

La biopsie doit toujours être pratiquée au niveau de la portion sortant par l'orifice du col, si on en voit, dans le canal, au cas contraire. Et elle doit porter sur le point induré, un peu blanchâtre, qui saigne facilement, qu'on découvrira à l'œil, ou à l'exploration avec l'hystéromètre.

Les adénomes constituent l'état précancéreux le plus caractérisé. Dans presque toutes les biopsies faites pour confirmer un diagnostic de cancer endocervical, lorsqu'elles l'ont infirmé, c'est le diagnostic d'adénome qui a été porté histologiquement.

Les métrites.

Le diagnostic en est généralement facile.

Les métrorragies y sont relativement peu fréquentes. Ce sont surtout les pertes blanches qui constituent le signe fonctionnel des métrites. Le toucher révèle un gros col en barillet. Mais c'est la partie inférieure vaginale du col qui est augmentée de volume.

Le spéculum montre nettement les pertes glaireuses sortant par le col avec parfois des ulcérations non indurées. Mais les métrites très prolongées peuvent devenir adénomateuses et donner naissance à un néoplasme (Obs. n° 10, n° 43). La biopsie sera pratiquée chaque fois qu'il y aura doute.

L'existence de crises douloureuses avec pertes blanches très fétides par crises, doit éveiller l'idée de pyométrie et non de métrite, et l'examen recherchera le néoplasme endocervical.

Nous avons une observation dans laquelle des métrorragies, l'existence dans le canal cervical de bourgeons paraissent néoplasiques, ont montré à la biopsie que la lésion était un débris de caduque en voie de sphacèle. Un tel diagnostic est impossible sans la biopsie.

Le néoplasme du corps utérin.

Il ne survient qu'après la ménopause, mais il est fortement à discuter avec le néoplasme endocervical.

En règle, le diagnostic est posé de la façon suivante : L'examen recherche un néoplasme que l'existence de pertes de sang continues affirme. Le spéculum ne montre pas de lésions visibles du col vaginal. L'exploration du canal cervical va constituer la seconde partie des investigations. Elle est négative. C'est le corps qu'on va explorer, avec le lipiodol et la radiographie d'abord, avec la curette ensuite.

Il est cependant des cas où les deux néoplasmes sont associés. Mais il est bien exceptionnel que ce soit le cancer endocervical qui passe inaperçu, car en général c'est lui qu'on recherche d'abord.

Le cancer du col vaginal.

L'erreur peut être commise de prendre un petit bourgeon sortant par le col, ou venant infiltrer une

lèvre du col, et provenant de la propagation inférieure très avancée d'un néoplasme endocervical pour un cancer du museau de tanche. Il faudrait pour cela n'avoir pas pratiqué le toucher. Dans ces cas le cancer endocervical est toujours assez avancé pour que le diagnostic ait été certain au toucher.

La tuberculose endocervicale.

Nous avons observé, avec M. le Dr Douay, une malade présentant une ulcération dans le canal cervical, saignant facilement. Le diagnostic clinique fut celui de cancer endocervical. Mais l'examen biopsique de cette ulcération a montré l'absence du cancer et posé le diagnostic de tuberculose. De tels cas doivent être très rares.

DIAGNOSTIC D'OPÉRABILITÉ

Ce diagnostic est basé sur l'examen de la malade par le toucher combiné au palper. Ce sont les éléments qu'il fournit qui, seuls ou presque, permettent de poser ce diagnostic. Et la forme endocervicale n'a, à ce point de vue, rien de particulier. Aussi nous n'insisterons pas sur ses signes, nous bornant à donner le schéma.

Le toucher combiné au palper permet de classer les malades en 3 séries.

Les bons cas : Ce sont ceux où l'on trouve un col de volume sensiblement normal ou un peu gros. Mais parfaitement mobile, sans indurations des culs-de-sac vaginaux. Le seul signe est alors la biopsie et l'examen histologique.

Les cas médiocres ou limites : ce sont ceux où le col augmente de volume, induré et immobilisé partiellement, avec induration très nette des culs-de-sac vaginaux, parfois infiltration postérieure des ligaments utéro-sacrés.

Les mauvais cas où le col est immobilisé, souvent déformé, canal béant avec bourgeons et induration très large des culs-de-sac.

PRONOSTIC

Le pronostic du cancer endocervical dépend essentiellement de la période à laquelle la malade est vue. Il dépend, en effet, de l'état plus ou moins avancé des lésions.

Cependant, par comparaison avec le cancer de la portion vaginale, on peut dire que, dans les bons cas, le pronostic est généralement meilleur. C'est qu'en effet la lésion est plus longtemps localisée dans le col avant d'infiltrer les paramètres.

Au contraire, dès que le col commence à être moins mobile, le pronostic est certainement plus sévère. En effet, dans la forme endocervicale, la désinfection du col, le curage des bourgeons néoplasiques dans ce col, sont bien plus difficiles à bien réaliser; d'autre part, les rétentions septiques au-dessus de la lésion, l'inflammation des paramètres rendent les dangers d'infection postopératoires ou après l'application de radium plus grands et plus graves. En particulier la mortalité opératoire est un peu plus considérable que dans les cancers vaginaux.

Tardivement, malgré la curiethérapie ou la radiothérapie profonde, le pronostic est des plus graves.

Ajoutons que le pronostic du cancer endocervical développé sur un moignon de col d'hystérectomie est effroyable.

TRAITEMENT

Le traitement et ses indications sont les mêmes que dans la forme vaginale. Nous n'y insisterons pas longuement. Les indications des différents traitements sont basées sur l'examen des malades qui les classent en: bons cas, mauvais cas, cas limites.

Tous les mauvais cas seront traités par curiéthérapie, à moins qu'elle ne soit contre-indiquée.

Tous les bons cas seront opérés: Opérations de Wertheim avec large drainage (Mickulicz).

Restent les cas limites pour lesquels plusieurs éléments vont intervenir pour prendre la détermination: opération de Wertheim ou curiéthérapie.

Ces éléments sont les uns d'ordre local: appréciation de la mobilité qui est plus ou moins conservée;

La part que prennent les phénomènes inflammatoires dans cette immobilisation du col, qu'on juge immédiatement par la douleur au toucher et secondairement par l'effet du repos, de la vaccinothérapie;

Les autres d'ordre général. Ce sont: l'état général plus ou moins mauvais de la malade, l'anémie plus ou moins marquée qu'elle présente ou, au contraire, l'adiposité excessive rendant l'opération parfois impraticable, les difficultés possibles d'anesthésie;

Les 3^e d'ordre histologique : suivant la forme histologique ; carcinome, cancer cylindrique peu radiosensible ; on reculera les limites d'opérabilité.

C'est dans ces cas limites qu'on a été amené à associer le radium et la chirurgie. Bien que cette méthode ait peu de partisans elle est pratiquée, d'ailleurs exceptionnellement, de la façon suivante :

1^o Préopératoire: Après nettoyage de la cavité, curetage des bourgeons, on fait une application de radium intracervical à petite dose.

On constate une rétrocession rapide des signes locaux. Diminution de la fixité du col, et de son volume, cicatrisation des lésions. Opération dans le délai de un mois. A cette période il n'existe guère de phénomènes de sclérose qui gênent l'opération si on attend plus longtemps ;

2^o A l'opération, avec ou sans curiethérapie préopératoire, on trouve des infiltrations des paramètres ou des ganglions bien plus considérables que l'examen ne le laissait supposer. On craint de laisser d'une façon certaine du cancer dans les paramètres ou les ganglions. On laisse alors au contact de l'endroit infiltré un ou deux drains de caoutchouc placés le long ou dans le Mickulicz. Ils permettent de glisser dans leur intérieur jusqu'au contact des lésions, 2 ou 3 jours après l'opération, des tubes de radium.

Les résultats de ces traitements appliqués à 3 groupes de malades seront appréciés après chaque groupe d'observations.

Ajoutons que les résultats dépendent avant tout de la précocité de diagnostic. Aussi plus l'éducation du public sera précise, plus les avertissements seront diffusés, plus on aura de chance de voir des malades près du début de leur affection et plus on aura de chances, en les opérant, de les guérir définitivement. Ainsi la propagande contre le cancer devient-elle une des principales armes contre la maladie.

OBSERVATIONS

1^o Malades opérées.

Obs. 1. — Mme L..., 31 ans.

Hystérectomie 12 ans auparavant (subtotale). — Néoplasme sur moignon de col ; néo bourgeonnant : tubulé. — Opérée le 10 janvier 1924. — Guérison opératoire. — Récidive 6 ans après.

Malade opérée il y a 12 ans d'hystérectomie subtotale à l'Hôpital de la Salpêtrière.

Revient pour pertes de sang continues, peu abondantes, datant de plusieurs mois.

Examen :

Toucher combiné au palper : gros col, mais bien mobile.

Spéculum : Rien de visible.

Biopsie endo-cervicale : on prélève un petit bourgeon.

Ex. histologique : Epithéliome tubulé du col.

Opération le 10 janvier 1924 (Dr de Beaufond), Wertheim.

Pas de ganlions perceptibles.

Drainage vaginal, surjet colo-vésical.

Examen de la pièce : il existe dans le canal cervical un gros bourgeon néoplasique (cancer bourgeonnant).

Suites opératoires : très favorables.

Revue le 17 octobre 1930. Il existe un petit bourgeon au fond du vagin.

Biopsie de ce bourgeon, épithéliome tubulé. Radiothérapie mal supportée.

Obs. 2. — Mme S..., 41 ans.

Néoplasme massif lobulé. — Opérée le 21 juin 1924 (Wertheim). — Guérison opératoire. — Récidive 2 ans après. — Décédée.

Venue pour pertes de sang continues.

Examen : Toucher combiné au palper, très gros col plus gros que le corps. Peu mobile.

Spéculum : gros col sans lésions visibles.

Biopsie : épithéliome lobulé.

Opération le 21 juin 1924 (Prof. J.-L. Faure) Wertheim après ligature des hypogastriques. Il existe un ganglion gauche qu'on enlève. Il paraît inflammatoire.

Examen de la pièce : néoplasme massif endo-cervical.

Examen histologique de la pièce : épithéliome lobulé.

Suites opératoires : Très favorables.

Revue en octobre 1924. A engraisé de 6 kgr. Va très bien, mais il existe une incontinence intermittente d'urine.

Revue en mars 1926 : Récidive au fond du vagin.

Décédée en septembre 1926.

Obs. 3. — Mme P..., 48 ans.

Néoplasme bourgeonnant : tubulé. — Néoplasme endocervical très au début, diagnostiqué par la biopsie et survenu sur un adénome traité 2 ans auparavant par des cautérisations. — Opérée le 30 juin 1924 (Wertheim). — Guérison opératoire. — Guérie encore en 1931.

Malade ayant présenté il y a 2 ans une petite tumeur du col, considérée comme un adénome, située surtout dans le canal

cervical. Cet adénome est traité par cautérisation au thermo-cautère et par pansements. Guérie et restée guérie apparemment pendant deux ans. Revient maintenant pour petites pertes de sang continues très peu abondantes datant de quelques mois.

Examen : Toucher combiné au palper : col paraissant normal, avec mobilité parfaitement conservée.

Spéculum : Rien de visible au spéculum.

Exploration endo-cervicale et biopsie : on prélève un petit fragment bourgeonnant.

Examen histologique : Epithélioma pavimenteux tubulé.

C'est un cas dont le diagnostic aurait été impossible sans la biopsie.

Opération le 30 juin 1924 (D^r Douay). Ligature des hypogastriques. Pour faire la ligature de l'hypogastrique gauche il faut disséquer un énorme ganglion gros comme la première phalange du pouce, situé en avant de la région de la ligature. On fait la ligature et on enlève ensuite le ganglion qui s'avance en avant vers le trou obturateur. Ligature facile à droite. Dans la dissection des uretères on note de chaque côté une sinuosité de l'uretère dans la région latéro-cervicale. Hémostase assez difficile malgré la ligature des hypogastriques. Le reste de l'opération se fait sans difficulté. Péritonisation des ligaments larges. Une mèche vaginale. Mickulicz.

Examen de la pièce. Très satisfaisante au point de vue exérèse. La lésion du col est macroscopiquement très localisée et a été en grande partie enlevée par la biopsie. Mais l'énorme ganglion a, à la coupe, l'aspect du cancer.

Examen au laboratoire de la pièce (n^o 1474), épithélioma tubulé, ganglion envahi.

Suites opératoires : absolument parfaites. Lever le 19^e jour, sortie le 21^e jour.

Revue en janvier 1926. Bon état.

Revue en décembre 1926. Bon état.

la Mickulicz. — Guérison opératoire. — Reste guérie en 1930.

Venue pour pertes de sang continues datant de quelques mois.

Examen : Toucher combiné au palper : col gros, aussi gros que le corps utérin. Mobilité encore bonne, les paramètres ne paraissent pas infiltrés d'une façon notable.

Spéculum : On voit un petit bourgeon à l'orifice du col.

Biopsie endo-cervicale : on prélève ce petit bourgeon.

Examen histologique : adénome du col.

Néanmoins l'aspect clinique étant celui d'un néoplasme, on décide l'opération.

Opération le 24 juin 1925 (Prof. J.-L. Faure), Wertheim, Ligature des hypogastriques. Opération de Wertheim typique. Il existe des ganglions qui paraissent inflammatoires. On les extirpe. Drainage à la Mickulicz.

Examen de la pièce. Il existe un néoplasme endo-cervical peu étendu et creusant dans le col. On prélève un fragment pour examen histologique, ainsi que les ganglions.

Examen histologique (n° 1616) : néo tubulé, ganglions inflammatoires.

Suites opératoires : très bonnes.

Revue le 4 nov. 1925 : Petit bourgeon du fond du vagin, non néoplasique.

Revue le 8 avril 1926 : en bon état.

Revue le 9 janvier 1930 : Va très bien.

Obs. 7. — Mme S..., 50 ans.

Néo sur moignon de col : cylindrique ; malade déjà opérée d'hystérectomie subtotale. — Néoplasme sur moignon de col. . . Opérée le 24 juillet 1925 (Wer-

biné au palper : augmentation de volume du col mais pas d'infiltration palpable des paramètres ni des culs-de-sac latéraux.

Spéculum : on voit apparaître un petit bourgeon à la commissure gauche de l'orifice du col.

Exploration endo-cervicale : à l'hystéromètre, le col est rigide et saignant facilement.

Biopsie endo-cervicale : on prélève un petit fragment endo-cervical gauche.

Examen histologique (n° 1556) : néoplasme des glandes cervicales.

Opération le 18 octobre 1924 (Prof. J.-L. Faure). Wertheim. Opération très difficile car la malade est très adipeuse. Wertheim typique. Il existe des ganglions à gauche, on les extirpe. Mickulicz.

Examen de la pièce : Très satisfaisant. Le néoplasme présente la forme bourgeonnante, très au début et très localisée.

Le ganglion paraît macroscopiquement non envahi.

Suites opératoires : Très satisfaisantes. Sort de l'hôpital le 8 novembre en très bon état.

Donne de ses nouvelles en 1924. La malade a eu une poussée de cystite avec pyélonéphrite.

Revue le 6 mai 1925. Va très bien. Ses urines sont claires, et il ne reste plus trace de l'infection urinaire.

Revue le 25 octobre 1925. Très bien.

Donne de ses nouvelles en décembre 1927, va très bien.

Revue le 22 décembre 1930. Très bien.

Revue en janvier 1931. Va parfaitement bien.

Obs. 6. — Mme D..., 50 ans.

Néoplasme endocervical, forme creusante : tubulé.

Opérée le 24 juin 1925 (Wertheim). — Drainage à

la Mickulicz. — Guérison opératoire. — Reste guérie en 1930.

Venue pour pertes de sang continues datant de quelques mois.

Examen : Toucher combiné au palper : col gros, aussi gros que le corps utérin. Mobilité encore bonne, les paramètres ne paraissent pas infiltrés d'une façon notable.

Spéculum : On voit un petit bourgeon à l'orifice du col.

Biopsie endo-cervicale : on prélève ce petit bourgeon.

Examen histologique : adénome du col.

Néanmoins l'aspect clinique étant celui d'un néoplasme, on décide l'opération.

Opération le 24 juin 1925 (Prof. J.-L. Faure), Wertheim, Ligature des hypogastriques. Opération de Wertheim typique. Il existe des ganglions qui paraissent inflammatoires. On les extirpe. Drainage à la Mickulicz.

Examen de la pièce. Il existe un néoplasme endo-cervical peu étendu et creusant dans le col. On prélève un fragment pour examen histologique, ainsi que les ganglions.

Examen histologique (n° 1616) : néo tubulé, ganglions inflammatoires.

Suites opératoires : très bonnes.

Revue le 4 nov. 1925 : Petit bourgeon du fond du vagin, non néoplasique.

Revue le 8 avril 1926 : en bon état.

Revue le 9 janvier 1930 : Va très bien.

Obs. 7. — Mme S..., 50 ans.

Néo sur moignon de col : cylindrique ; malade déjà opérée d'hystérectomie subtotale. — Néoplasme sur moignon de col. . . Opérée le 24 juillet 1925 (Wer-

theim atypique). — Adhérences et infiltration néoplasique de l'intestin. — Mort opératoire.

Malade ayant eu une hystérectomie subtotale à une date inconnue, pour une cause inconnue. Présentant des pertes de sang continuës depuis plusieurs mois.

Examen : Toucher combiné au palper. Col dur, peu mobile, mais peut-être par cicatrice.

Spéculum : col paraît sain extérieurement.

Biopsie endo-cervicale à la curette.

Examen histologique (n° 1826) : Cancer cylindrique.

Opération le 24 juillet 1925.

Incision médiane sous-ombilicale avec résection de l'ancienne cicatrice. On doit disséquer de nombreuses adhérences épiploïques et intestinales. Une anse intestinale adhère à la paroi pelvienne droite. Cette anse paraît infiltrée par propagation directe d'un ganglion néoplasique. Pas de ligature des hypogastriques. On enlève le moignon cervical aussi largement que l'on peut sans dissection des uretères. Résection de l'anse néoplasique et suture bout à bout.

Suites opératoires : Décédée le 4^e jour.

Obs. 8. — Mme R..., 47 ans.

Néoplasme infiltrant des glandes cervicales. — Opérée le 1^{er} septembre 1925 (Wertheim). — Drainage à la Mickulicz. — Guérison opératoire. — Guérie en 1930.

Malade venue pour métrorragies continues.

Examen : Toucher combiné au palper. Col dur, mais mobile.

Il n'existe pas d'infiltration perceptible des paramètres.

Spéculum : col d'apparence normal.

Exploration endo-cervicale : canal cervical très dur, indilatable, mais saignant facilement à l'exploration par l'hystéromètre.

Biopsie impossible sans dilater le col. On décide de dilater le col sous anesthésie générale pour prélever un fragment au bistouri.

Anesthésie générale au Schleich. Après dilatation forcée du col aux bougies, on retire à la curette quelques bourgeons pour l'examen histologique.

Examen histologique (n° 1862) : Néoplasme des glandes cervicales.

Opération le 1^{er} septembre 1925 (Dr Michon). Wertheim. Pas de ligature des hypogastriques. Dissection facile de l'urètre droit. À gauche, le ligament large paraît légèrement infiltré et la dissection de l'urètre est assez difficile. Il n'existe pas de ganglions perceptibles. Drainage à la Mickulicz.

Suïtes opératoires : bonnes.

Revue le 10 décembre 1925. En très bon état.

Revue le 16 septembre 1926. En bon état.

Donne de ses nouvelles le 24 mars 1930. Va très bien.

Obs. 9. — Mme L..., 60 ans.

Néoplasme massif : baso-cellulaire. — Opérée le 19 septembre 1925 (Wertheim). — Drainage à la Mickulicz. — Revue en 1928 en bon état. Sans nouvelles depuis.

Malade venue pour des métrorragies continues.

Examen : Toucher combiné au palper, gros col, aussi gros que le corps, mais bien mobile.

Spéculum : col sans modification visible.

Exploration du canal cervical. Le canal est induré, indilatable; mais saignant facilement

Biopsie endo-cervicale : Impossible à pratiquer, sans dilater le col, et cette dilatation est impossible sans anesthésie.

Dilatation forcée mais prudente du col. Curettage explorateur qui ramène quelques petits débris, mais insuffisants. On pratique une biopsie du canal cervical au bistouri.

Examen histologique (n° 1875) : Epithéliome lobulé.

Opération le 19 septembre 1925 (Dr Douay). Wertheim qui permet d'enlever une grande étendue des paramètres avec l'utérus, le col, et une bonne collerette vaginale. Pas de ganglions perceptibles. Drainage à la Mickulicz.

Examen de la pièce : le col est infiltré sur toute la hauteur, mais la lésion n'atteint pas, macroscopiquement, ni les paramètres, ni la surface vaginale du col.

Suites opératoires : sans incidents.

Revue en 1928, en bon état local et général.

Depuis on n'a aucune nouvelle et son adresse est inconnue.

Obs. 10. — Mme P..., 44 ans.

Néoplasme massif : lobulé. — *Opérée le 24 août 1925 (Wertheim).* — *Drainage à la Mickulicz.* — *Mort opératoire.*

Venue pour pertes de sang.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col surmonté par un utérus de même volume.

Spéculum : Pas de lésions visibles.

Biopsie endo-cervicale : on ramène un fragment qu'on fait examiner.

Examen histologique (n° 1887) : Epithéliome pavimenteux lobulé.

Opération le 24 août 1925. Wertheim. Ligature des hypogastriques. Il existe des ganglions qui paraissent inflammatoires. Drainage à la Mickulicz.

Suites opératoires : Température à 40°. Mort 4 jours après, par septicémie.

Obs. 11. — Mme F..., 59 ans.

Néoplasme massif : lobulé. — Opérée le 24 août 1925
Néoplasme endocervical, forme massive. — Histologie : Néoplasme des glandes cervicales. — Opérée le 31 octobre 1925 (Wertheim). — Drainage à la Mickulicz. — Guérison opératoire. — Revue en 1927 en bon état. Pas de nouvelles depuis.

Venue pour pertes de sang continues depuis déjà plusieurs mois.

Examen : Toucher combiné au palper. Gros col, aussi gros que le corps. La mobilité est encore très bonne.

Spéculum : l'orifice cervical paraît normal.

Exploration endo-cervicale. Le canal est induré et saignant.

Biopsie à la curette. On retire un petit fragment qu'on fait examiner.

Examen histologique (n° 1934) : épithéliome cylindrique, probablement des glandes cervicales.

Opération le 10 novembre 1925 (Pr J.-L. Faure). Wertheim. Section des ligaments larges et ablation des annexes. Malgré que les tractions sur l'utérus aient été légères, il se déchire au niveau de l'isthme et donne issue à des bourgeons nettement épithéliomateux. Dissection des uretères. Section du vagin. Pas de ganglions perceptibles. Drainage à la Mickulicz.

Suites opératoires : Bonnes.

Revue le 11 février 1926 : en bon état avec une cicatrice chéloïdienne.

Revue le 20 janvier 1927 : en bon état.

Revue le 24 novembre 1927 en bon état, avec une petite éventration inférieure de la cicatrice.

Depuis pas de nouvelles.

Obs. 12. — Mme Vve M..., 47 ans.

Néoplasme endocervical forme térébranté. — Histologie : tubulé. — Opérée le 27 octobre 1925 (Wertheim). — Drainage à la Mickulicz. — Guérison opératoire. — Reste guérie en 1930.

Venue pour pertes de sang continues.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col, surtout à sa partie supérieure, ouvert, mobilité très restreinte.

Spéculum : on voit un petit bourgeon dans le col.

Biopsie endo-cervicale d'un de ces bourgeons.

Examen de laboratoire : néoplasme tubulé.

Opération le 27 octobre 1925 (Prof. J.-L. Faure). Wertheim. Ligature des hypogastriques. Pas de ganglions perceptibles : Mickulicz.

Examen de la pièce : Néoplasme endo-cervical forme creusante étendu jusqu'à l'isthme et allant jusqu'au paramètre

Revue le 30 juin 1926 : Très bien, petit bourgeon charnu, mais non néoplasique.

Revue en 27, 28, 29, 30, en très bon état.

Obs. 13. — Mme P..., 53 ans.

Néoplasme endocervical, forme infiltrante. — Histologie : pavimenteux tubulé. — Opérée le 12 décembre 1925 (Wertheim). — Mickulicz. — En très bon état en 1929.

Venue pour pertes de sang continues.

Examen : Toucher combiné au palper : col gros aussi gros que le corps, mais mobile.

Spéculum : col gros, mais normal.

Biopsie endo cervicale à la curette. On retire un petit fragment.

Examen histologique : pavimenteux tubulé.

Opération le 12 déc. 1925 (Prof. J.-L. Faure) Wertheim.
Pas de ligature des hypogastriques. Pas de ganglions. Mickulicz.

Examen de la pièce : Néoplasme intracervical, massif, étendu jusqu'à l'isthme et jusqu'aux paramètres qui ne semblent pas infiltrés.

Revue le 27 janvier 1926. Très bon état.

Revue le 20 décembre 1929. Très bon état.

Obs. 14. — Mme V..., 56 ans.

Néoplasme endocervical forme infiltrante. — Histologie : carcinome. . . Opérée le 13 février 1926 (Wertheim). — Mickulicz. — En bon état le 16 mai 1929.

Venue pour métrorragies continues au moment de la ménopause.

Examen : toucher combiné au palper : col aussi gros que le corps, mais mobile.

Spéculum : col paraît normal.

Exploration endocervicale : col induré, saignant.

Biopsie à la curette et examen histologique : carcinome.

Opération le 13 février 1926 (Prof. J.-L. Faure) Wertheim.
Pas de ganglions perceptibles. Mickulicz.

Pièce : néoplasme endocervical, infiltrant.

Revue le 16 mai 1929 : en bon état.

Obs. 15. — Mme C..., 27 ans.

Néoplasme endocervical forme infiltrante. — Histologie : pavimenteux. — Opérée le 18 juin 1926 (Wertheim). — Décédée en 1930 de cause inconnue.

Biopsie endocervicale et examen histologique : pavimenteux.

Opérée le 18 juin 1926 (Dr Douay) Wertheim. Mickulicz.

Pièce : néoplasme infiltrant endocervical.

Revue le 17 nov. 1927. Bon état.

Décédée en mai 1930, de cause inconnue.

Obs. 16. — Mme L..., 38 ans.

Néoplasme endocervical forme ulcéreuse. — Histologie : cylindrique. — Opérée le 11 août 1926 (Wertheim). — Mickulicz. — Guérison opératoire.

Opérée le 11 août 1926. *Pièce* : néoplasme endocervical de forme ulcéreuse.

Obs. 17. — Mme H..., 69 ans.

Néoplasme endocervical bourgeonnant avec pyométrie et fibrome. — Diagnostic posé fibrome avec pyométrie et néoplasme du corps. — Hystérectomie totale. — Récidive dans la paroi abdominale deux ans après.

Venue pour pertes de pus survenant par véritables crises s'accompagnant de douleurs vives.

Examen : toucher combiné au palper : masse dure, arrondie, du volume d'une orange fixée dans le Douglas, refoulant le col en avant et en haut.

On fait le diagnostic de utérus fibromateux rétroversé, avec néoplasme proféable du corps et pyométrie.

Opération le 2 septembre 1926 (Dr Braine). On trouve :

1° un gros fibrome dur, calcifié fixé très solidement dans le Douglas. Décortication, exérèse de la masse calcifiée. Le corps utérin augmente de volume, est mou, violacé, distendu, par une pyométrie. Hystérectomie totale. Au moment de la

section du vagin, il sort du col utérin un pus fétide et épais. Drainage par drains et mèches.

Examen de la pièce : Il existe un néoplasme endocervical bourgeonnant. Examen histologique : pavimenteux lobulé.

Revue le 15 nov. 1928. Il existe une tumeur de la paroi abdominale, probablement greffe.

Le 19 novembre 1928 : ablation de cette masse et examen histologique : néoplasme tubulé.

Obs. 18. — Mme B...

Néoplasme endocervical forme infiltrante. — Histologie : tubulé. — Opérée le 16 septembre 1926 (Wertheim). — Mickulicz. — Décédée le 5^e jour.

Venue pour pertes de sang continues datant de plus de six mois.

Examen : Toucher combiné au palper : col gros, aussigros que le corps, mais très peu mobile, culs-de-sac infiltrés.

Spéculum : petits bourgeons au pourtour de l'orifice du col.

Exploration endocervicale et biopsie.

Examen histologique : pavimenteux tubulé du col.

Mauvais cas.

Opération le 16 sept. 1926 (Dr Braine) Wertheim très difficile. Les paramètres sont très envahis. Mickulicz.

Examen de la pièce : Néoplasme endocervical, forme infiltrante. Paramètres envahis, la section passe dans du tissu néoplasique.

Décédée le 5^e jour d'infection.

Obs. 19. — Mme P..., 48 ans.

Néoplasme endocervical forme ulcéreuse. — Histo-

logie : pavimenteux. — Wertheim le 18 septembre 1926. — Encore guérie en 1931.

Malade venue pour petites pertes sanglantes dans l'intervalle des règles. Pertes blanches depuis un an.

Examen : Toucher combiné au palper : gros utérus bosselé avec isthme dur et gros col sain.

Biopsie : a été faite aux laboratoires Carrion : polype et épithélioma pavimenteux.

Diagnostic : néoplasme endocervical.

Opération le 3 mars 1928 (Dr Douay). Wertheim. Opération difficile mais typique. Pas de ganglions. Mickulicz.

Revue la dernière fois le 11 mars 1931, très bien.

Obs. 20. — Mme N..., 40 ans.

Néoplasme endocervical forme ulcéreuse. — Opérée le 2 octobre 1926 (Wertheim). — Va bien en 1927.

Wertheim classique sans incidents. Mickulicz. Pas de ganglions perceptibles.

Examen de la pièce : épithélioma endocervical, forme creusante.

La nature histologique n'est pas indiquée dans l'observation.

Donne de ses nouvelles en 1927. Va bien.

Pas de nouvelles depuis.

Obs. 21. — Mme L. B..., 47 ans.

Néoplasme endocervical, forme infiltrante. — Histologie : des glandes cervicales. — Opérée le 5 octobre 1926 (Wertheim). — Décédée le 6^e jour.

Examen : Toucher combiné au palper, col gros, mais mobile; sans infiltration perceptible au toucher.

Spéculum : col normal.

Exploration endocervicale : canal induré et saignant.

Biopsie endocervicale et examen au laboratoire : épithélioma des glandes cervicales.

Bon cas opératoire.

Opération le 16 octobre 1926. Wertheim classique. Opération extrêmement pénible à cause de l'obésité de la malade et de la mauvaise anesthésie.

Suites opératoires, d'abord favorables puis défaillance cardiaque.

Décédée le 6^e jour.

Obs. 22. — Mme P..., 58 ans.

Néoplasme endocervical forme térébrante. — Histologie : pavimenteux lobulé. — Opérée le 14 décembre 1926 (Wertheim). — Récidive constatée en 1929.

Venue pour pertes de sang continues datant de plusieurs mois.

Examen : Toucher combiné au palper; induration du fond du vagin, sénile à cause de cette induration; l'examen est très difficile. Le col paraît gros, mobile dans l'ensemble, mais les culs-de-sac paraissent indurés.

Spéculum : on voit le fond du vagin, sclérosé, le col paraît d'aspect normal.

Biopsie endocervicale à la curette.

Examen histologique : néo lobulé.

Opération le 14 décembre 1926. On décide de faire une laparotomie exploratrice pour voir si la lésion est opérable.

Opération de Wertheim, difficile. Le décollement de la vessie qui est très adhérente est très difficile. Exérèse large des paramètres. Il existe des ganglions qu'on extirpe.

Pièce : les lésions paraissent très proches de l'exérèse. Néoplasme térébrant. Les ganglions paraissent inflammatoires.

Revue le 29 novembre 1929 pour pertes de sang.

Spéculum : végétation au fond du vagin. Radiumthérapie.

En 1931. Il existe une grosse masse antérieure soulevant la vessie.

Obs. 23. — Mme L..., 35 ans.

Néoplasme endocervical forme bourgeonnante. —

Histologie : tubulé. — Opérée le 25 mars 1927 (Wertheim). — Guérison opératoire.

Malade venue pour pertes de sang continues datant de plusieurs mois.

Examen : Toucher : gros col avec orifice agrandi dans lequel le doigt pénètre et sent des bourgeons durs. Mobilité relativement bonne, sauf du côté gauche.

Spéculum : Orifice du col élargi avec bourgeons visibles dans le canal.

Biopsie d'un bourgeon.

Examen histologique : tubulé.

Vaccin préopératoire.

Opération le 25 mars 27 (Prof. J.-L. Faure). Wertheim. Utérus fixé du côté gauche. L'uretère gauche est englobé dans la masse néoplasique. Ablation d'un ganglion iliaque gauche.

Examen de la pièce : La pièce ouverte, on voit un néoplasme bourgeonnant étendu à toute la hauteur du canal cervical, avec infiltration du paramètre gauche. Le ganglion est dur, macroscopiquement néoplasique. Au-dessus du néoplasme, le corps utérin présente des petites cavités abcédées.

Suites opératoires bonnes. Petits troubles urinaires.

Obs. 24. — Mme E..., 49 ans.

Néoplasme creusant. — *La forme histologique n'est pas précisée (Wertheim).* — *Décédée le 3^e jour.*

Malade venue pour pertes de sang continues depuis 6 mois.

Examen : Toucher combiné au palper. Gros col, avec orifice élargi. Col plus gros que le corps. Mobilité encore conservée sauf à gauche.

Spéculum : orifice du col agrandi avec des bourgeons visibles à l'intérieur du canal.

Biopsie endocervicale : néoplasme (sans précision).

Cas à la limite d'opérabilité.

Opération le 30 avril 1927 (Prof. J.-L. Faure). Wertheim difficile à disséquer à cause de l'envahissement du paramètre. Mickulicz.

Pièce : néoplasme endocervical ulcéreux, le paramètre gauche est enlevé au delà de la lésion.

Décédée le 3^e jour : choc et infection.

Obs. 25. — Mme G..., 60 ans.

Néoplasme endocervical forme ulcéreuse. — *Histologie : carcinome.* — *Opérée le 19 novembre 1926 (Wertheim).* — *Décédée le 13^e jour.*

Venue pour métrorragies continues.

Examen : utérus atrophique, vagin sénile avec bride qui empêche de bien sentir le col qui est gros mais semble mobile.

Opération le 19 nov. 1926 (Prof. J.-L. Faure). La malade est tout de suite très fatiguée, totale, rapide, un peu élargie après découverte des uretères. Mickulicz.

Pièce : néoplasme endocervical ulcéreux. Examen histologique : carcinome.

Suites opératoires. Température à 39°. Défaillance cardiaque.

Décédée le 13^e jour.

Obs. 26. — Mme P..., 33 ans.

Néoplasme endocervical forme ulcéreuse. — Histologie : lobulé. — Wertheim le 15 novembre 1926. — Décédée le 4^e jour.

Venue pour pertes de sang depuis 6 mois.

Examen : Toucher combiné au palper. Très gros col surmonté d'un petit utérus (en brioche) fixe.

Spéculum : col entr'ouvert.

Examen endocervical : curettage à la petite curette. Elle tombe dans une cavité friable qu'on évide.

Examen histologique : néoplasme lobulé.

Mauvais cas opératoire. On hésite entre curiethérapie et opération.

Opération le 15 novembre 1926 (Dr Douay). On voit dans le cul-de-sac vésico-utérin une saillie qui est une propagation à la vessie. Le décollement vésical est très difficile. On doit passer à travers les fibres musculaires de la vessie, qu'on n'ouvre cependant pas. La dissection des uretères est très difficile. Il existe un ganglion à gauche, mou, diffusent qui se déchire. Mickulicz.

Suites opératoires. T. à 39, arrêt des gaz; mort le 4^e jour.

Obs. 27. — Mme T..., 58 ans.

Néoplasme endocervical forme bourgeonnante. — Histologie : pavimenteux. — Opérée le 11 décembre 1926 (Wertheim). — Récidive un an après.

Venue pour métrorragies continues.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col aussi gros que le corps : ouvert légèrement. Mobile.

Spéculum : Petit bourgeon visible dans le col.

Biopsie de ce bourgeon. Examen de laboratoire : pavimenteux.

Opération le 16 décembre 1926 : Wertheim. Opération difficile. Hémostase très pénible. On enlève des ganglions.

Pièce : néo endocervical formant un gros bourgeon dans le canal.

Revue le 18 août 1927. Récidive locale.

Obs. 28. — Mme L..., 36 ans.

Néoplasme endocervical forme massive. — Histologie : tubulé. — Wertheim le 20 décembre 1926. — Vue en bon état fin 1927.

Venue pour pertes sanglantes continues depuis un an.

Examen : Toucher combiné au palper, gros col très dur, gros comme le corps. Mobilité relative : le paramètre gauche semble envahi.

Spéculum : col paraît quasi normal.

Examen endocervical et biopsie.

Examen histologique : tubulé.

Opération le 21 décembre 1926 (Prof. J.-L. Faure). Wertheim typique. Ligature des hypogastriques. Pas de ganglions perceptibles. Mickulicz.

Pièce : Envahissement total du col jusqu'à l'isthme et jusqu'au paramètre par un néoplasme massif.

Suites opératoires : graves; abcès de la partie inférieure de l'incision. Fistule urinaire. 10 jours après on constate une nécrose presque totale de la vessie.

Le 7 juin 1927, opération d'une fistule vésicovaginale qui reste seulement de ces accidents.

Revue en nov. 1927, en bon état. La vessie contient 60 cc.

Obs. 29. — Mme V..., 46 ans.

Néoplasme endocervical forme bourgeonnante. —

Histologie : pavimenteux lobulé. — Wertheim. —

Guérison opératoire.

Venue pour pertes de sang continues et importantes, ayant provoqué une anémie considérable.

Examen : Toucher combiné au palper, groscol, aussi gros que le corps, avec petits bourgeons dans l'orifice.

Spéculum : on voit ces bourgeons.

Biopsie de l'un d'eux.

Examen histologique : pavimenteux lobulé.

Opération le 19 décembre 1927 (J.-L. Faure). Transfusion préopératoire de 150 cc. Wertheim. Il existe des ganglions qu'on enlève. Mickulicz.

Pièce : néoplasme endocervical allant jusqu'au voisinage du col, et produisant les petits bourgeons simulant un néoplasme ectocervical au début.

Examen histologique de la pièce : ganglions envahis.

Sort le 31 janvier 1928.

Obs. 30. — Mme C..., 40 ans.

Néoplasme endocervical forme infiltrante. — Histo-

logie : carcinome infra-cervical.

Venue pour pertes de sang.

Examen : Toucher combiné au palper : utérus fixé avec réaction douloureuse des deux côtés et en arrière.

Spéculum : Col avec un petit bourgeon près de l'orifice.

Biopsie endocervicale : Examen histologique, carcinome intra cervical.

Opération le 3 mars 1928 (Prof. J.-L. Faure). Wertheim: Opération très difficile à cause du bassin très profond et de

l'adiposité considérable de la malade. Il existe de plus 2 annexites fixant l'utérus. Ablation très pénible de ces deux annexites, puis Wertheim typique difficile mais bien plus facile que le début de l'opération ne semblait l'annoncer. Mickulicz.

Revue le 25 juillet 1928. Très bon état.

Revue le 20 février 1929. Très bon état.

Obs. 31. — Mme M..., 33 ans.

Néoplasme endocervical forme bourgeonnante développé sur un moignon de col d'hystérectomie subtotale. — Histologie : néoplasme sans précision sur la forme. — Wertheim très atypique. — Mort opératoire.

Malade déjà opérée en mai 1927 pour salpingite (hystérectomie subtotale).

Revenue pour pertes de sang continues.

Examen : Toucher combiné au palper. Moignon de col un peu gros, mobile.

Spéculum : on aperçoit de petits bourgeons par l'orifice du col, dans le canal cervical.

Biopsie d'un de ces petits bourgeons.

Examen histologique : néoplasme (sans précision).

Opération le 21 avril 1928 (Prof. J.-L. Faure) Wertheim atypique, difficile à cause de tissu cicatriciel. Pas d'adhérences intestinales dans le petit bassin. Section des ligaments larges. Repérage des uretères très haut à leur entrée dans le petit bassin. Dissection des uretères et section très haut des utérines, section au large des ligaments utéro-sacrés. Mickulicz.

Décédée le 22 avril 1928.

Obs. 32. — Mme L...

Néoplasme endocervical forme infiltrante. — Histologie : épithélioma tubulé et lobulé. — Wertheim le 12 mai 1928. — Revue en 1930 en bon état.

Malade venue pour des pertes de sang avec quelques troubles urinaires (dysurie). Très obèse.

Examen : Toucher combiné au palper : col un peu gros, corps normal, bien mobile.

Spéculum : On voit un orifice cervical allongé transversal avec un petit polype muqueux apparaissant à l'orifice.

Biopsie : en enlevant ce petit polype.

Examen histologique : Epithélioma malpighien.

Opération le 12 mai 1928 (Prof. J.-L. Faure). Cas très difficile au point de vue opération à cause de l'obésité de la malade. Très bon cas au point de vue de la lésion qui est tout à fait débutante.

Wertheim typique avec ligatures des hypogastriques. Pas d'infiltration des paramètres, pas de ganglions. Mickulicz.

Sortie le 16 juin 1928.

Revue le 19 septembre 1928. Très bien.

Revue le 7 mars 1930. Très bien.

Obs. 33. — Mme P..., 52 ans.

Néoplasme endocervical forme infiltrante. — Histologie : néoplasme des glandes cervicales. — Opérée le 2 août 1928. (Wertheim). Revue en décembre 1930, encore guérie.

Malade venue pour pertes de sang continues peu abondantes.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col, aussi gros que le corps, mais mobile. Pas d'infiltration des paramètres.

Spéculum : l'orifice du col ne présente aucune lésion visible.

Exploration endocervicale : le canal est induré et saignant.

Curettage biopsique du canal. On ramène facilement des fragments macroscopiquement néoplasiques.

Examen histologique : néoplasme des glandes cervicales.

Opération le 2 août 1928 (Dr Bonnet). Wertheim typique. Quelques adhérences épiploïques et intestinales légères. Pas de ganglions. Mickulicz.

Revue le 6 mai 1929, en bon état.

Revue le 7 décembre 1929. En bon état. Revue le 3 décembre 1930 en bon état.

Obs. 34. — Mme D..., 35 ans.

Néoplasme endocervical forme infiltrante. — Histologie : pavimenteux lobulé. — Wertheim. — Mort opératoire.

Venue pour pertes de sang continues datant d'un an.

Examen : Toucher combiné au palper : col gros, aussi gros que le corps mais fixé surtout en arrière par une masse postérieure, peu latéralement.

Exploration endocervicale et biopsie dans le canal à la curette.

Examen histologique : néoplasme lobulé.

Opération le 16 février 1929.

Wertheim. L'utérus est fixé en arrière dans le Douglas, et la masse postérieure est un petit kyste de l'ovaire très fixe. Dissection difficile des uretères dans du tissu inflammatoire. Pas de ganglions perceptibles. Mickulicz.

Pièce : néoplasme endocervical ayant envahi tout le col en hauteur. Les paramètres enlevés ne paraissent pas envahis. On en prélève un fragment pour le laboratoire.

Réponse : non envahi.

Décédée le 18 février 1929.

Obs. 35. — Mme B..., 51 ans.

Néoplasme endocervical forme massive. — Histologie : néoplasme des glandes. — Wertheim le 20 avril 1929. — Guérison opératoire.

Venue pour pertes de sang continues.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col un peu ouvert aussi gros que le corps. Mais bonne mobilité.

Spéculum : petit bourgeon près de l'orifice du col.

Biopsie endocervicale et examen histologique : néoplasme des glandes cervicales.

Opération le 20 avril 1929 (Prof. J.-L. Faure) Wertheim typique sans ligature des hypogastriques. Un ganglion iliaque gauche est extirpé. Mickulicz.

Pièce : Néo massif endocervical ayant envahi tout le col et apparaissant à l'orifice vaginal du col.

Ganglion macroscopiquement envahi.

Laboratoire : néoplasme des glandes cervicales; ganglion envahi.

Suites opératoires : bonnes.

Obs. 36. — Mme L..., 60 ans.

Néoplasme endocervical forme bourgeonnante. — Histologie : néoplasme tubulé du corps avec métaplasie. — Wertheim. — Mort opératoire.

Malade ménopausée à 58 ans. Vient pour pertes blanches sans odeur, datant de six mois d'aspect plutôt séreux, avec sang.

Examen : Toucher combiné au palper : col gros, mais à orifice ouvert induré, mais bien mobile. La partie supérieure du col est augmentée de volume, épaissie, indurée.

Spéculum : col ouvert, mais aucune lésion visible.

Exploration endocervicale : l'hystéromètre est arrêté au niveau de l'isthme, butant sur une saillie dure. Il passe à droite et s'arrête à une hauteur de 8 cm.

Examen lipiodolé sans résultat, l'obturation du col étant mauvaise.

Biopsie endo-utérine : à la curette du Dr Douay. Il est très difficile de passer dans le corps. On ne ramène rien de la cavité du corps. On enlève un fragment de la partie supérieure du canal cervical, qui macroscopiquement est du néoplasme.

Examen histologique : cancer tubulé du corps avec métaplasie.

Opération le 6 juillet 1929 (Prof. J.-L. Faure). Wertheim typique. Pas de ganglions. Mickulicz.

Pièce : néoplasme bourgeonnant siégeant à la partie supérieure de l'isthme.

Décédée le lendemain.

Obs. 37. — Mme M., 45 ans.

Néoplasme endocervical forme bourgeonnante. —

Histologie : pavimenteux lobulé. — Wertheim le 27 juillet 1929. — Récidive six mois après localement.

Malade venue pour métrorragies continues.

Examen : Toucher combiné au palper : col aussi gros que le corps avec petits bourgeons à l'orifice du col. Mobilité relativement bonne.

Spéculum : petits bourgeons près de l'orifice du col.

Exploration et biopsie endocervicale à la curette.

Examen histologique : lobulé, très infecté.

Opération le 27 juillet 1929 (Dr Douay). Wertheim. Diffi-

cile, sans ligature des hypogastriques. Uretères adhérents. Pas de ganglions perceptibles. Mickulicz.

Pièce : satisfaisante en temps que étendue de l'exérèse. Le col est envahi dans toute la hauteur de son canal par des bourgeons néoplasiques.

Suites opératoires : bonnes.

Revue le 19 oct. 1929, va très bien. Revue le 9 janvier 1930, Induration suspecte à gauche. Récidive très probable; à moins qu'elle soit inflammatoire. A surveiller. Revue le 22 mai; l'induration a plutôt diminué. Revue le 6 nov. 1930. Récidive certaine que l'évolution en 1931 confirme.

Obs. 38. — Mme L..., 52 ans.

Néoplasme endocervical forme ulcéreuse. — *Histologie* : néoplasme des glandes cervicales. — *Wertheim.* — *Guérison de un an.*

Venue pour métrorragies.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col dur mobile, sur le fond utérin, une masse arrondie probablement fibromateuse.

Spéculum : col légèrement ouvert.

Exploration et biopsie endocervicales à la curette.

Examen histologique : épithélioma des glandes cervicales avec métaplasie.

Opération : le 21 sept. 1929 (Dr Douay). Wertheim. Difficile à cause de l'adiposité de la malade. Pas de ganglions perceptibles. Mickulicz.

Pièce : utérus fibromateux. Dans le corps un polype muqueux. Le néoplasme est très limité dans la partie moyenne du canal.

Revue fin 1930. Très bon état.

Obs. 39. — Mme F..., 40 ans.

Néoplasme endocervical forme infiltrante. — Histologie : pavimenteux lobulé du col. — Wertheim le 3 septembre 1929. — Encore guérie un an après.

Venue pour métrorrhâgies.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col, gros comme le corps. Bonne mobilité.

Spéculum : rien de visible.

Exploration endocervicale et biopsie à la curette.

Examen histologique : pavimenteux lobulé.

Opération le 3 sept. 1929. Wertheim typique. Il existe des adhérences très saignantes à la vessie. Pas de ganglions perceptibles. Mickulicz.

Revue un an après, nov. 1930. Très bon état.

Obs. 40. — Mme B..., 45 ans.

Néoplasme endocervical forme ulcéreuse. — Histologie : pavimenteux tubulé. — Wertheim. — Encore guérie un an après.

Venue pour pertes de sang continues datant de plus de six mois.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col, induré avec petite induration du cul-de-sac gauche. Bien mobile cependant.

Spéculum : Petite ulcération sur la lèvre gauche du col.

Exploration et biopsie endocervicales à la curette. On tombe dans une cavité contenant des bourgeons et saignante.

Examen histologique : néoplasme pavimenteux tubulé.

Opération : le 12 novembre 1929 (Prof. J.-L. Faure). Wertheim typique. Pas de ganglions perceptibles. Mickulicz.

Pièce : Néoplasme endocervical forme ulcéreuse. Grosse

ulcération dans le canal cervical. Sa partie inférieure arrive au niveau de la lèvre gauche du col. Au-dessus grosse infiltration de tout le col.

Revue en octobre 1930 : en très bon état.

Obs. 41. — Mme A..., 53 ans.

Néoplasme endocervical forme infiltrante. — Histologie : pavimenteux lobulé. — Wertheim le 9 nov. 1929. — Restée guérie en 1930.

Malade venue pour métrorragies.

Examen : toucher combiné au palper : gros col, corps gros avec masse gauche, dure (fibrome) Bonne mobilité du col.

Spéculum : petit bourgeon de la lèvre gauche du col.

Exploration endocervicale : canal rigide et saignant.

Biopsie endocervicale à la curette.

Examen histologique : pavimenteux lobulé.

Opération le 9 nov. 1929 (Prof. J.-L. Faure). Wertheim. difficile parce que la malade est très grasse. 1° Myomectomie du fibrome qui est gênant, puis Wertheim typique. Pas de ganglions palpables.

Pièce : néoplasme endocervical massif prenant toute la hauteur du col, dont la partie inférieure affleure l'orifice externe du col, où on a vu le petit bourgeon. Les paramètres enlevés sont souples et ne paraissent pas infiltrés.

Revue le 19 mars 1930. Va très bien.

Obs. 42. — Mme D..., 61 ans.

Néoplasme endocervical forme massive. — Histologie : pavimenteux lobulé. — Wertheim le 1^{er} mars 1930. — Guérison opératoire.

Venue pour métrorragies après la ménopause.

Examen : Toucher combiné au palper : Petit col, très dur, bien mobile.

Spéculum : col paraît normal.

Exploration endo-cervicale : canal dur, indilatable saignant.

Biopsie endocervicale à la curette.

Examen histologique : néoplasme pavimenteux lobulé.

Opération le 1^{er} mars 1930 (Prof. J.-L. Faure). Wertheim. Pas de ligature des hypogastriques. Dissection assez difficile. Pas de ganglions perceptibles. Mickulicz.

Pièce : Lésions endocervicales très étendues prenant tout le col en hauteur avec petits bourgeons endocervicaux. Les paramètres enlevés ne paraissent pas infiltrés.

Guérison opératoire.

Obs. 43. — Mme P..., 43 ans.

Néoplasme endocervical forme infiltrante. — Histologie : néoplasme de l'épithélium endocervical avec réaction des glandes. — Hystérectomie totale. — Guérison opératoire.

Malade déjà vue en 1928 pour métrorragies. On pratique un premier curettage le 28 mars 1928 qui montre, après examen histologique : métrite chronique. La malade va bien pendant un an.

Revient en 1930 pour pertes de sang.

Examen : Toucher combiné au palper : col dur, mobile, avec gros utérus.

Spéculum : pas de lésion nette du col.

Lipiodol : grande cavité utérine avec paroi un peu irrégulière. La cavité cervicale est mal dessinée.

Biopsie endocervicale : muqueuse de nature suspecte macroscopiquement.

Examen histologique : réaction suspecte de l'épithélium endocervical.

Opération le 5 avril 1930 (J.-L. Faure). Hystérectomie totale. Pas de ganglions.

Pièce : muqueuse hypertrophiée et irrégulière, surtout du fond de l'utérus (métrite fongueuse). On prélève un fragment douteux dans la région isthmique pour examen histologique.

Examen histologique : néoplasme de l'épithélium endocervical avec réaction des glandes.

Guérison opératoire.

Revue le 2 juillet 1930. Petit bourgeon du vagin. A revoir.

Obs. 44. — Mme K..., 44 ans.

Néoplasme endocervical forme bourgeonnante. —

Histologie : pavimenteux tubulé. — Wertheim. —

Va bien un an après.

Venue pour pertes de sang continues.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col dur, bien mobile.

Spéculum : col d'aspect normal.

Exploration et biopsie endocervicale en un point paraissant induré.

Examen histologique : cancer pavimenteux lobulé.

Opération le 3 mai 1930 (Prof. J.-L. Faure). Wertheim. Pas de ligature des hypogastriques. Pas de ganglions perceptibles.

Mickulicz.

Pièce : Dans la partie droite du canal cervical un petit bourgeon, mais peu induré. Pas d'autres lésions appréciables. On le prélève pour le laboratoire.

Réponse : cancer lobulé.

Revue le 4 février 1931. Va très bien.

Obs. 45. — Mme B..., 47 ans.

Néoplasme endocervical forme bourgeonnante. —

Histologie : pavimenteux lobulé avec réaction des glandes cervicales. — Wertheim le 25 juin 1930. —

Guérison opératoire.

Venue pour métrorragies continues.

Examen : toucher combiné au palper : gros col avec une petite irrégularité sur la lèvre postérieure, bien mobile.

Spéculum : col irrégulier, mais sans bourgeons, ni ulcération.

Exploration et biopsie endocervicales. On retire du canal cervical un petit fragment suspect.

Examen histologique : Epithélioma lobulé tout au début avec réaction des glandes cervicales.

Opération le 25 juin 1930 (Dr Bonnet). Wertheim typique. Pas d'infiltration des paramètres. Pas de ganglions perceptibles. Mickulicz.

Revue le 5 nov. 1930. Petit bourgeon suspect du vagin. Biopsie : pas de néoplasme, bourgeon inflammatoire.

Obs. 46. — Mlle M..., 42 ans.

Néoplasme endocervical forme massive. — *Histolo-*

gie : des glandes cervicales. — Wertheim le 8 nov.

1924. — *Encore guérie trois ans après.*

Statistiques des cas opérés.

Dans ce groupe de malades on trouve 46 opérées dont 3 néoplasmes sur moignons de col que nous comptons à part ayant donné 2 morts opératoires et une récurrence en 1930.

Et 2 hystérectomies totales donnant une mort opératoire et une récurrence un an après correspondant à 2 malades dont le diagnostic était inexact.

Il reste 41 malades qui ont été traitées par opération de Wertheim.

5 en 1924. 7 en 1925. 12 en 1926. 3 en 1927. 3 en 1928. 8 en 1929. 3 en 1930.

Les résultats sont consignés dans le tableau suivant :

	24	25	26	27	28	29	30
décédées en 1930	1 en 26	0	1 en 30	0	0	0	0
pas de nouvelles	1 depuis 25 1 depuis 27	1 depuis 27 1 depuis 28	2 depuis 27 1 depuis 28	2 depuis 28	0	une	0
guérie fin 1930	2 après 6 ans	4 après 5 ans	2 après 4 ans	0	3 après 2 ans	5 après un an	3
récurrence en 1930	0		2	0	0	1	0
mort op.	0	1	4	1	0	1	0
opérées	5	7	12	3	3	8	3

On y voit que la mortalité opératoire y est de 17 %. Ce chiffre est trop fort et provient de l'année 1926, où les indications ont été très étendues comme le montrent les observations et le nombre de malades opérées. Si l'on excepte cette année, la mortalité opé-

ratoire tombe à 10 %, chiffre plus élevé qu'en comptant toutes les opérations de Wertheim faites pour tous les néoplasmes du col (8 %). De plus, ces chiffres correspondent à des cas qui sont de bons cas, et des cas moins bons. On peut donc penser que pour des cas très près du début, la mortalité opératoire sera moins forte. Cependant il semble bien que la gravité immédiate du Wertheim soit un peu plus grande dans cette forme de cancer du col.

Par contre, les résultats, après les 5 années passées, considérées comme nécessaires pour juger de la guérison définitive, sont très satisfaisants. On y voit sur 3 malades dont on a des nouvelles, opérées en 1924, 2 guéries depuis 6 ans, soit 66 %; sur 5 malades dont on a des nouvelles, opérées en 1925, 4 guérisons de plus de 5 années, soit 80 % ou un total, pour 2 années, de 75 % de guérison après 5 ans.

Notons de plus que les 2 autres malades opérées en 1925 ont été vues en bon état 2 ans et 3 ans après l'opération et qu'elles ont, elles aussi, bien des chances d'être guéries, les récidives étant, pour les opérées, exceptionnelles après 2 ans.

2° Cas traités par curiéthérapie.

Obs. 1'. — Mme P..., 40 ans.

Néoplasme endocervical forme infiltrante. — Curie-thérapie. — Récidive six ans après.

Malade venue pour de très petites métrorragies très peu abondantes avec névralgies légères dans les cuisses datant d'août 1923.

Examen : Toucher combiné au palper. Gros col aussi gros que le corps, l'orifice paraît normal mais les parties latérales et postérieures du col sont très dures et considérablement augmentées de volume.

De plus le col est peu mobile, avec indurations des paramètres droit et gauche ainsi qu'en arrière du col.

Toucher rectal : induration du col en arrière.

Spéculum : 1° en avant : on voit sur la lèvre antérieure du col un petit bourgeon très petit et saignant près de l'orifice du col et sortant par le col ;

2° Il existe en avant du col une toute petite ulcération vaginale.

Exploration du canal cervical : Le canal est très induré et très difficilement dilatable.

Biopsie : non faite.

Curithérapie : le 27 décembre 1923 application vaginale par 4 tubes placés dans le vagin soit 15 mcd en 48 heures.

2° application analogue à la 1^{re} le 29 janvier 1924 15 mcd en 48 heures.

3^e application le 11 avril 1924 intra-utérine après dilatation très difficile du col 15 mcd en 48 heures.

Malade non revue pendant 6 ans.

Revue le 26 décembre 1930.

Examen : Toucher combiné au palper ; vagin en cul-de-sac, col mal perçu, induration pelvienne à droite.

Toucher rectal : Rétrécissement annulaire correspondant au cul-de-sac vaginal. L'utérus est immobilisé à droite du rectum.

Spéculum : vagin en forme de cul-de-sac dans lequel on perçoit mal le col. L'orifice est difficilement visible. On voit une petite ulcération saignante au fond et à droite.

On décide de faire une nouvelle application de radium ; 4 applications vaginales, 14 mcd en 4 jours.

Obs. 2'. — Mme O..., 38 ans.

Néoplasme endocervical forme infiltrante. — Histologie : adénome du col. — Curiéthérapie en 1924. — Pas de nouvelles depuis.

Malade venue pour pertes datant de six mois.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col, aussi gros que le corps. Utérus très peu mobile avec infiltration très marquée du paramètre gauche, et une masse latéro-utérine gauche.

Spéculum : gros col bosselé sans ulcération avec près de l'orifice quelques petites végétations.

Exploration du canal : canal très induré et saignant.

Cytoscopie : vessie tout à fait normale.

Biopsie : adénome du col.

Curiéthérapie : dose 30 mcd en 4 jours.

Sortie le 9 février 1924. Non revue depuis.

Obs. 3'. — Mme L..., 67 ans.

Néoplasme endocervical forme infiltrante. — Histologie : tubulé. — Curiethérapie le 6-2-24. — Pas de nouvelles en 1930.

N'était plus réglée depuis 17 ans.

Vient pour pertes rouges depuis six mois, parfois très abondantes et des pertes blanches. N'a jamais souffert.

Examen : Toucher combiné au palper. Très gros col surmontant un utérus plus petit, mais gros; quelques bourgeons au pourtour de l'orifice cervical. Les 2 paramètres sont envahis et l'utérus est très peu mobile.

Exploration endocervicale : Canal perméable, induré et saignant.

Biopsie endocervicale : Epithélioma tubulé.

Curiethérapie : Le 6 février 1924, endocervicale, après dilatation du col qui donne issue à une quantité de sang importante avec pus : hémato, pyométrie.

22 mcd en 3 jours.

Le 2 mars 1924, endo cervicale, 15 m. c. d. en 2 jours.

Revue le 11 juin 1924. Très améliorée. Bon état général. Malade a engraisé. Toute perte a disparu.

Examen local : très amélioré, non cicatrisée.

Curiethérapie : trois applications du 22 au 25 juin, 22 mcd en 3 jours.

Revue le 29 janvier 1925. Bon état.

Pas revue depuis.

Obs. 4'. — Mme C..., 61 ans.

Néoplasme endocervical, forme infiltrante. — Histologie : pavimenteux tubulé. — Curiethérapie. — Décédée le 24-8-30 d'occlusion intestinale.

La malade vient pour pertes de sang.

Examen : Le toucher combiné au palper montre un gros col, avec infiltration des 2 paramètres.

Spéculum : Quelques bourgeons dans l'orifice du col qu'on ne voit pas au milieu des bourgeons péri-orificiels.

Exploration du canal : On ne peut le trouver.

Curettage du canal : On enlève les masses néoplasiques qui comprennent tout le canal.

Biopsie endocervicale et examen histologique.

Curiethérapie : 30 mcd en 4 jours.

Sort le 23 mars 1924. Revue en 1928.

Les choses sont à peu près dans l'état où elles étaient en 1924.

Curiethérapie : 11 mcd en 3 jours. Rayons X profonds.

Décédée le 24 août 1930 après occlusion intestinale.

Obs. 5'. — Mme P..., 60 ans.

Néoplasme endocervical forme creusante. — Histologie : pavimenteux lobulé. — Curiethérapie. — Revue en 1926 : récurrence.

Venue pour métrorragies dont le début remonte à 5 mois.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col surmonté d'un utérus peu volumineux. Bourgeon dur près de l'orifice du col. Mobilité très peu conservée par infiltration des 2 paramètres, l'induration allant jusqu'aux culs-de-sacs vaginaux.

Exploration endocervicale : canal cervical induré et saignant avec une cavité agrandie.

Biopsie endocervicale : cancer lobulé du col.

Curiethérapie : le 20 mai 1924, 30 mcd en 4 jours.

Revue le 12 mars 1925 : Cicatrisé mais infiltration du paramètre gauche avec névralgie Curiethérapie vaginale : 11 mcd 5 en 3 jours,

Revue en janvier 1926 : grosse masse fibreuse adhérente ; cratère avec nécrose légère. Etat général mauvais.

Obs. 6'. — Mme B..., 50 ans.

*Néoplasme endocervical, forme bourgeonnante. —
Curiethérapie. — Amélioration. —*

Entre le 15 mai 1924 pour métrorragies.

Toucher combiné au palper : gros col, plus gros que le corps avec immobilisation complète de l'utérus par envahissement des paramètres.

Spéculum : gros col avec près de l'orifice des bourgeons qui semblent venir du canal endocervical.

Exploration du canal : On sent des bourgeons sur le col jusqu'à une hauteur de 5 centimètres. Ils saignent facilement.

Biopsie endocervicale : le résultat n'est pas connu.

Curiethérapie 42 mcd en 5 jours 1/2.

Revue en octobre 1924 : Très améliorée.

Revue le 4 juin 1925 : Très améliorée.

A revoir dans 6 mois. Pas revue depuis.

Obs. 7'. — Mme B..., 65 ans.

*Néoplasme endocervical forme infiltrante. — Histo-
logie : endocervicale. — Curiethérapie. — Pas revue.*

Examen : Toucher combiné au palper : gros col, gros utérus rétroversé et très adhérent.

Curettage explorateur : ramène quelques bourgeons de la cavité cervicale mais très haut.

Biopsie endocervicale : n° 1438, le 3 juin 1924 néo cervical (sans précision).

Diagnostic : néoplasme endocervical et du corps probablement, col propagé au corps.

Curiethérapie intra-utérine : 4 tubes dans gros filtre 30 mcd en 4 jours. Pas revue.

Obs. 8'. — Mme R..., 60 ans.

Néoplasme endocervical : forme infiltrante. — Curiethérapie. — Pas revue.

Ménopause à 48 ans.

Métrorragies continues depuis 8 mois avec odeur fétide.

A maigri beaucoup.

Examen : Toucher combiné au palper : très gros col avec gros utérus, mobilité diminuée avec infiltration des paramètres.

Biopsie à la curette : les débris ressemblent à des débris de caduque nécrosés.

Cystoscopie : vessie normale.

Curiethérapie : une application le 12 novembre intracervicale, 22 mcd en 3 jours.

Deuxième application 8 jours après intracervicale 15 mcd en 2 jours soit 37 m. c. d. en 2 fois.

Pas de nouvelles depuis.

Obs. 9'. — Mme R..., 52 ans.

Néoplasme endocervical forme infiltrante. — Histologie : lobulé. — Curiethérapie le 21-1-25. — Décédée le 24-3-26.

Malade venue pour pertes de sang continues datant de 6 mois.

Examen : Toucher combiné au palper. Très gros col, dur, irrégulier, fixé. Les paramètres sont envahis et indurés, surtout à gauche.

Spéculum : Gros col. Quelques bourgeons à l'orifice.

Examen endocervical : Le col est induré sur toute sa hauteur et friable.

Curettage biopsique : On curette la cavité cervicale et après curettage des bourgeons néoplasiques développés dans le col il reste une cavité profonde d'environ 5 centimètres et occupant tout le canal.

Biopsie endocervicale : Néoplasme lobulé.

Curiethérapie : le 21 janvier 1925, 30 med en 5 jours.

Revue le 13 mars 1925. On lui propose une nouvelle application de radium, elle ne revient que le 29 juin 1925 à cause d'une très forte hémorragie faisant suite à d'autres survenues en mai.

Curiethérapie le 1 juillet 1925, 15 med en 2 jours.

Revue le 23 novembre : Il existe sur le col une plaque de nécrose qu'on enlève à la curette.

Revue le 17 décembre perdant des débris sphacelés très malodorants.

Morte le 24 mars 1926.

Obs. 10'. — Mme D..., 53 ans.

Néoplasme endocervical forme creusante. — Histologie : des glandes cervicales. — Curiethérapie. — En bon état un an après.

Malade non ménoposée. Déjà vue en ville, en avril 1924. On avait fait le diagnostic de métrite du col. Une biopsie faite au niveau de l'orifice cervical avait été négative au point de vue cancer. En juin 1925 nouvelles pertes de sang abondantes avec pertes rosées dans l'intervalle.

Examen : Toucher combiné au palper : Très gros col plus gros que le corps très dur avec un orifice agrandi. Mobilité diminuée. Infiltration dure et douloureuse du paramètre à gauche, inflammatoire, peut-être ?

Spéculum : Très gros col, avec bourgeons près de l'orifice venant d'une cavité très élargie.

Exploration du canal et biopsie endocervicale :

Examen histologique : cancer des glandes cervicales.

Curiethérapie : 36 mcd en 2 applications.

On constate alors que la malade présente une petite masse sternale, sur laquelle elle n'avait pas attiré l'attention. Après curiethérapie préopératoire 11 mcd, en 3 jours. On extirpe cette masse à l'anesthésie locale.

Revue en février 1921. Bien au point de vue général; la cicatrice sternale ne présente pas de lésions décélables.

Obs. 11'. — Mme H., 50 ans.

Néoplasme endocervical forme creusante. — Histologie : pavimenteux lobulé. — Curiethérapie. — Non guérie.

Venue pour des métrorragies extrêmement fétides.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col avec cratère dans lequel on entre le doigt; immobile.

Spéculum : Très profonde cavité, creusant tout le col, avec de nombreux bourgeons nécrotiques.

Biopsie à la curette dans la cavité.

Examen histologique : pavimenteux lobulé.

Curiethérapie le 3 février 1925. 15 mcd en 2 jours, on craint la nécrose.

Revue le 30 avril : nécrose du col très importante.

Obs. 12'. — Mme C., 45 ans.

Néoplasme endocervical forme creusante. — Curie-thérapie. — Revue avec paraplégie.

Venue pour pertes rouges continues irrégulières depuis un an avec pertes blanches sans la moindre odeur fétide.

Pas de troubles rectaux et vésicaux.

Pas d'amaigrissement notable.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col surmonté d'un petit corps. Col dur avec élargissement du canal cervical. Col fixé avec infiltration du paramètre droit.

Spéculum : gros col avec canal cervical béant présentant des bourgeons charnus.

Exploration endo-cervicale : canal infundibuliforme avec bourgeons dans le canal saignant facilement.

Curiethérapie : 4 tubes 3 jours et demi, soit 26 med.

Revue le 16 mai. Très beau résultat : Le col est complètement cicatrisé, diminué considérablement de volume. L'infiltration du paramètre droit est disparue.

Revue 6 mois après avec une paraplégie flasque complète avec troubles sphinctériens importants.

Sur les radiographies : disparition complète de la 3^e lombaire. Le liquide céphalo-rachidien montre une dissociation albumino-cytologique.

Diagnostic : métastase vertébrale.

Obs. 13'. — Mme P..., 44 ans.

Néoplasme endocervical, forme infiltrante. — Histologie : néoplasme pavimenteux tubulé. — Curettage biopsique. — Curiethérapie. — Non guérie en 1926.

Entrée le 28 février 1925 pour métrorragies.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col avec des bourgeons saillants autour de l'orifice, fixé par envahissement des paramètres.

Spéculum : gros col avec bourgeons saillants autour de l'orifice.

Exploration endo cervicale : Induration tout le long du canal endocervical.

Curettage biopsique : Epithélioma pavimenteux tubulé.

Curiethérapie le 28 février 1925, 3 mcd en 4 jours.

Sort le 9 mars 1925.

Revue le 25 septembre 1926 énorme masse ganglionnaire gauche, avec douleurs sciatiques.

Obs. 14'. — Mme F..., 57 ans.

Néoplasme endocervical, forme creusante. — Curie-thérapie. — Anurie guérie. — Pas de nouvelles depuis.

Entrée le 25 mai 1925 pour métrorragies.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col avec ulcération profonde, dans laquelle le doigt entre. Le col est fixe. Induration des paramètres.

Spéculum : large ulcération profonde, occupant tout le canal endocervical avec bourgeons dans la cavité.

Curiethérapie : le 26 mai 1925 : 30 mcd.

Suites très graves. Anurie le 3^e jour, durant 36 heures. On pratique un cathétérisme difficile des uretères qui laisse passer quelques gouttes d'urines sanglantes. Saignée de 200 gr. Le lendemain, débâcle urinaire.

Sort le 22 juin 1925. Pas de nouvelles depuis.

Obs. 15'. — Mme P..., 67 ans.

Néoplasme endocervical de forme creusante. — Histologie : cylindrique. — Curiethérapie. — Pas revue depuis.

Venue pour pertes de sang datant de 5 mois.

Examen : Toucher combiné au palper. Col très gros avec orifice élargi et induré.

Spéculum : canal cervical béant.

Biopsie à la curette : néoplasme tubulé du col.

Curiethérapie : 1° vaginale, 8 mcd; 2° intracervicale, 30 mcd.

Pas de nouvelles depuis:

Obs. 16'. — Mme B..., 56 ans.

*Néoplasme endocervical forme creusante. — Curie-
thérapie intracervicale. — Pas de nouvelles depuis.*

Venue pour métrorragies.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col dur avec orifice agrandi, induré, fixé, avec infiltration des deux paramètres.

Spéculum : Gros col éversé avec des bourgeons apparaissant à l'orifice qui est agrandi.

Exploration du canal cervical : Infiltration et induration de tout le canal.

Curettage intracervical pour biopsie : néoplasme sans précision sur la forme histologique.

Etat général excellent. Vessie intacte.

Curiethérapie intracervicale, 22 mcd.

Non revue depuis.

Obs. 17'. — Mme L..., 52 ans.

*Néoplasme endocervical de forme infiltrante. — His-
tologie : lobulé. — Curie-thérapie. — Décédée.*

Ménopause depuis un an.

Vient pour : 1° pertes de sang depuis mars 1925; 2° névralgie crurale droite.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col surtout en arrière où la lèvre postérieure est très épaisse. Infiltration des paramètres.

Spéculum : gros col avec sur la partie postérieure, sortant par le col, des bourgeons charnus.

Exploration du canal endocervical. Infiltration du canal endocervical pour examen biopsique : Néoplasme lobulé.

Etat général : fièvre à 38°5.

Curiethérapie dans le canal cervical 22 mcd ; 5 pendant 3 jours.

Pendant l'application, la température s'élève à 39°.

Deuxième application 8 jours après 7 mcd ; 5 en une journée.

Décédée en avril 1930.

Obs. 18'. — Mme F..., 58 ans.

Néoplasme endocervical, forme infiltrante. — Histologie : néoplasme pavimenteux tubulé. — Curiethérapie 38 mcd. en 9 jours. — Réaction fébrile après cette application. — Pas de nouvelles depuis.

Entre le 3 novembre 1925 pour métrorragies.

Examen : Toucher combiné au palper, très gros col avec petit utérus. Le col est induré et fixé par une infiltration des 2 paramètres.

Spéculum : gros col avec des petits bourgeons sortant du col en très petit nombre.

Curettage du canal endocervical qui remonte très haut dans la cavité cervicale, pour la biopsie.

Examen histologique : pavimenteux tubulé.

Curiethérapie : 38 mcd en 9 jours. Réaction fébrile après cette application. Sort le 25 décembre 1925. Pas de nouvelles depuis.

Obs. 19'. — Mme T..., 55 ans.

Néoplasme endocervical forme infiltrante. — Curie-thérapie. — Non revue depuis.

Malade opérée en 1898 par le Dr Tuffier : ablation annexielle double. Vient pour pertes de sang depuis juillet 1925 avec pertes de sérosité entre les pertes de sang.

Examen : Toucher combiné au palper : col augmenté de volume et dur avec sur la lèvre postérieure un petit bourgeon. Le doigt ramène du sang. Le col est fixé et très mobile. Les deux paramètres sont envahis. Induration dans le cul-de-sac postérieur.

Exploration du canal endocervical : Tout le canal est dur et indilatable.

Curettage du canal cervical pour application de radium.

Curiethérapie : 3 tubes dans la cavité endocervicale curet-tée; 1 tube dans la cavité utérine; 22 mcd en 4 jours.

Revue le 4 février 1926. Le col est cicatrisé mais est très dur.

Le 3 mars 1926. Bon état.

A revoir dans un mois. Non revue.

Obs. 20'. — Mme F..., 60 ans.

Néoplasme endocervical forme creusante. — Histo-logie : tubulé. — Curiethérapie le 3 mars 1926. — Décédée en novembre 1926.

Venue pour pertes de sang datant de 6 mois.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col, fixé, avec envahissement des 2 paramètres.

Spéculum : Bourgeons à l'orifice du col.

Exploration endocervicale : Tout le canal est induré, indilatable.

Curettage : biopsie. Néoplasme tubulé.

Curiethérapie le 9 mars 1926. Das la cavité cervicale très agrandie par le curettage, curiethérapie intracervicale : 30 mcd. en 4 jours.

Le 23 avril 1926 nouvelle application ; 16 mcd. en 4 jours.

Revue le 24 juin 1926. Le cratère est presque fermé : les paramètres sont infiltrés et durs bloquant le col.

Décédée en novembre 1926.

Obs. 21'. — Mme R..., 47 ans.

Néoplasme endocervical, forme bourgeonnante. —

Curiethérapie. — *Décédée en juin 1928.*

Entre le 21 mars 1927 pour métrorragies.

Examen : Toucher combiné au palper : très gros col avec bourgeons à l'orifice, fixé : les 2 paramètres sont envahis et indurés.

Spéculum : gros col éversé avec des bourgeons près de l'orifice cervical.

Exploration du canal : bourgeons dans la partie inférieure, induration au-dessus.

Curettage.

Curiethérapie : 26,5 mcd en 6 jours.

Revue le 5 mai 1927, en voie d'amélioration.

Revue le 30 juin 1927, très améliorée.

Le 27 octobre : urines claires, mais infiltration de la paroi vésicale.

Décédée en juin 1928.

Obs. 22'. — Mme D..., 55 ans.

Néoplasme endocervical forme infiltrante, fibrome associé. — *Pas d'examen histologique.* — *Curiethérapie.* — *Pas revue.*

Venue pour pertes de sang et pour troubles vésicaux.

Examen : toucher combiné au palper; très gros col, avec orifice du col agrandi, fixé surtout à droite où le paramètre est induré. Gros utérus avec noyaux fibromateux.

Spéculum : bourgeons charnus sortant par l'orifice du col.

Exploration du canal : Le canal présente un orifice agrandi, avec une cavité plus large que normalement. Au-dessus le canal est rétréci et induré.

Curettage pour biopsie.

Pas d'examen histologique connu.

Curiethérapie : 22 mcd 5 en 3 jours le 12 avril 1926.

2^e Application le 20 avril 1926; 12 mcd; 23 en 3 jours.

Pas revue depuis.

Obs. 23'. — Mme B..., 55 ans.

Néoplasme endocervical forme infiltrante. — Pas d'examen histologique. — Curiethérapie. — Revue le 19-1-28 avec bon résultat.

Venue pour métrorragies, le 15 octobre 1927.

Examen : Toucher combiné au palper: Très gros col induré mais régulier, fixé. Les 2 paramètres sont indurés et envahis.

Spéculum : Gros col à bords épaissis, l'orifice cervical laisse voir dans la cavité quelques petits bourgeons charnus.

Exploration du canal endocervical : Le canal est induré et saigne très facilement.

Biopsie : pas d'examen.

Curiethérapie : 3 tubes dans le canal endocervical soit 24 mcd en 4 jours; 1 tube vaginal, soit 6 mcd en 3 jours. En tout 30 mcd.

Revue le 18 janvier 1928 avec un très beau résultat apparent.

Revue le 19 janvier 1928 l'infiltration des paramètres a

disparu ; le canal cervical est induré mais non saignant. Plus de bourgeons visibles à l'orifice du col.

Pas de nouvelles depuis.

Obs. 24'. — Mme B..., 52 ans.

Néoplasme endocervical, forme infiltrante. — Curie-thérapie. — Fistule vésico-vaginale. — Décédée.

Entree le 19 octobre 1927 pour métrorragies.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col induré absolument fixé.

Curettage biopsique : le résultat n'est pas connu.

Curiethérapie : 44 mcd en 6 jours.

Revue en octobre 1927, 4 mcd en 3 jours.

Revue en décembre 1927. Fistule vésico-vaginale.

Décédée en septembre 1930.

Obs. 25'. — Mme O..., 65 ans.

Néoplasme endocervical forme infiltrante. — Propagation au corps. — Histologie : lobulé. — Curie-thérapie le 30 octobre 1927. — Pas revue.

Venue pour métrorragies datant de 18 mois.

Examen : Toucher combiné au palper. Gros col fixé avec orifice élargi et bourgeonnant. Gros corps.

Curettage endo-utérin : On ramène des bourgeons de la cavité endo-utérine et du canal cervical.

Biopsie : Néoplasme lobulé de col.

Diagnostic : Néoplasme du col endocervical propagé au corps.

Curiethérapie le 30 octobre 1927 endo-utérine et cervicale, un tube dans le vagin, soit 2.4 mcd, en 3 jours.

La malade a des frissons, la température monte à 40°, mais ces signes d'infection se calment en quelques jours.

Pas de nouvelles depuis.

Obs. 26'. — Mme M..., 54 ans.

Néoplasme endocervical, forme creusante. — Curie-thérapie 30 mcd. en 5 jours. — Revue en janvier 1930 : va bien.

Entrée le 14 février 1928 pour métrorragies.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col induré et éversé. Le doigt pénètre dans la cavité cervicale et revient souillé de sang fétide. Le col est immobile, fixé. Les 2 paramètres sont indurés et enserrant le col utérin.

Spéculum : col éversé avec cavité cervicale très augmentée, avec des bourgeons saignant très facilement.

Curiethérapie : 30 mcd en 5 jours. Sort le 26 février 1928.

Revue en octobre 1928 : utérus plus mobile, mais col excavé et paramètre gauche infiltré et dur.

Curiethérapie intra-cervicale 16 mcd en 3 jours.

Revue en juin 1929 avec petites pertes de sang depuis avril. Application légère.

Le 22 octobre 1929, 8 mcd en 4 jours. Sortie le 14 novembre 1929.

Revue en janvier 1930. Elle va bien.

Obs. 27'. — Mme V..., 71 ans.

Néoplasme endocervical forme infiltrante. — Histologie : spinocellulaire. — Curiethérapie. — Décédée.

Entrée le 2 avril 1928.

Ménopause à 58 ans.

Venue pour pertes sanguines et pertes roussâtres entre temps, datant de quelques mois.

Examen : Toucher combiné au palper : Très gros col, énorme, beaucoup plus gros que le corps et fixé. Les paramètres sont infiltrés et indurés.

Spéculum : quelques bourgeons sortent par l'orifice du col.

Exploration endocervicale. L'induration du col remonte très haut et le canal cervical saigne très facilement.

Biopsie : Epithélioma spino-cellulaire.

Examen cystoscopique le 18 avril 1928.

Urines limpides. Vessie de faible capacité 150 cc.

Le cystoscope passe difficilement dans l'urèthre induré. Cystoscopie, vessie à colonne, tout le bas-fond et le trigone sont occupés par œdème cérébroïde, qui ne permet pas de reconnaître les orifices urétéraux. Œdème très marqué du col. Conclusions : muqueuse non ulcérée, paroi vésicale envahie.

Curiethérapie le 10 avril 1929. Application pendant un jour dans le vagin. 2^e application le 19 juin dans le fond du vagin pendant 3 jours.

Obs. 28'. — Mme G..., 43 ans.

Néoplasme endocervical forme infiltrante. — Histologie : épithélioma lobulé du col. — Curiethérapie. — Pas revue depuis.

Venue pour pertes de sang irrégulières datant de 3 mois environ d'abord traumatiques pour devenir de plus en plus fréquentes et sans cause.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col induré. Le col est peu mobile, les deux paramètres sont indurés et paraissent infiltrés.

Spéculum : Le col est gros : par l'orifice cervical on voit quelques petits bourgeons.

L'exploration du canal le montre induré et saignant.

Biopsie endocervicale : épithélioma lobulé du col.
Curiethérapie.
Pas revue.

Obs. 29'. — Mme O..., 57 ans.

Néoplasme endocervical forme infiltrante. — Histologie : épithélioma tubulé. — Curiethérapie. — Pas revue depuis.

Ménopause depuis 10 ans; vient parce qu'elle perd du sang depuis 3 mois.

Examen : Toucher combiné au palper : col gros, très dur, très peu mobile, les paramètres sont envahis, surtout le gauche, qui est très empâté et induré.

Spéculum : col gros, très dur, mais sans bourgeon.

Exploration endocervicale : La cavité du col est très indurée sur toute sa hauteur.

Biopsie : épithélioma tubulé.

Curiethérapie : 1^{re} application endocervicale 8 mcd en 4 jours; 2^e application endocervicale 21 jours après, 21 mcd en 3 jours et demi. Total soit 29 mcd en 2 applications.

Pas revue.

Obs. 30'. — Mme D..., 59 ans.

Néoplasme endocervical, forme creusante. — Histologie : néoplasme pavimenteux tubulé. — Curiethérapie 36 mcd. en 16 jours. — Pas de nouvelles.

Entre le 3 avril 1929.

A sa ménopause depuis 3 ans et perd du sang depuis 1 an.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col. Le doigt pénètre dans l'orifice cervical qui est tapissé de bourgeons. Le col est immobile, les 2 paramètres sont infiltrés.

Spéculum : orifice du col irrégulier et agrandi avec bourgeons.

Biopsie : néoplasme pavimenteux tubulé.

Curiethérapie endocervicale : en trois fois, 36 mcd en 16 jours.

Sort le 4 mai 1929. — Pas de nouvelles.

Obs. 31'. — Mme B..., 39 ans.

Néoplasme endocervical forme creusante. — Curie-thérapie. — Pas revue depuis.

Venue pour pertes de sang avec pertes roussâtres très fétides.

Examen : Toucher combiné au palper : Très gros col induré avec orifice très agrandi et irrégulier, col fixé. Les deux paramètres sont très infiltrés.

Spéculum : très gros col avec un orifice irrégulier agrandi, présentant dans le canal des plaques de nécrose.

Biopsie : Pas de résultat.

Traitement : 1° Désinfection du col par acétone et huile goménolée. 2° Curiethérapie intracervicale et vaginale. Soit 14 mcd dans le col et 16 mcd dans le vagin en 4 jours. Violentes réactions pelviennes avec occlusion intestinale.

La malade sort le 17 juillet.

Pas revue depuis.

Obs. 32'. — Mme B..., 50 ans.

Néoplasme endocervical forme infiltrante. — Histologie : carcinome. — Curiethérapie. — Revue le 12 septembre très améliorée. — Pas revue depuis.

Venue pour métrorragies datant de deux mois, au milieu de symptômes de ménopause.

Examen : Toucher combiné au palper : Gros col, attiré vers la gauche par une infiltration du paramètre qui est induré, col peu mobile.

Spéculum : Très peu de lésions apparentes. Orifice cervical déformé avec quelques très petits bourgeons charnus.

Exploration du canal cervical. Infiltration très dure du col.

Biopsie : carcinome du col.

Curiethérapie : 30 mcd en 4 jours intracervical.

Revue le 3 juillet : très améliorée; 2 applications vaginales et intracervicales dans le cul-de-sac gauche. 6 mcd en 3 jours.

Revue le 12 septembre, très améliorée.

Pas revue depuis.

Obs. 33'. — Mme A...

Néoplasme endocervical, forme creusante. — Curie-thérapie.

Entre le 23 mars 1930 pour métrorragies. Atteinte aussi de bacillose pulmonaire.

Examen. — Toucher combiné au palper : Gros col avec orifice élargi et induré, mais mobile, sans induration constatable des paramètres.

Cas très opérable, mais à cause des lésions pulmonaires, on aime mieux faire une curiethérapie.

Spéculum : Gros col, éversé, avec orifice et canal augmenté de dimensions et bourgeonnants.

Curiethérapie intracervicale : 28,5 mcd en 4 jours.

Pas de nouvelles.

Obs. 34'. — Mme M..., 63 ans.

Néoplasme endocervical de forme bourgeonnante. —

Histologie : tubulée. — Curiethérapie. — Non revue.

Entrée le 23 juin 1930.

Malade ménopausée à 55 ans perd du sang depuis 3 mois.

Examen : Toucher combiné au palper : Gros col, utérus augmenté de volume.

Spéculum : orifice du col agrandi avec petits bourgeons visibles dans la cavité. Canal endocervical avec des bourgeons.

Biopsie dans le canal à la curette.

Examen histologique : épithélioma tubulé du col.

Curiethérapie le 3 juillet 1930, 11 mcd 5 en 3 jours.

2^e application le 10 juillet intra-utérine 15 mcd.

Obs. 35'. — Mme L..., 61 ans.

Néoplasme endocervical forme bourgeonnante. —

Histologie : néoplasme tubulé du col. — Curiethérapie. — Revue avec grande amélioration.

Venue pour métrorragies datant de 5 mois. Bien réglée jusqu'à 57 ans reste sans pertes depuis, jusqu'à il y a 5 mois.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col surmonté d'un petit utérus, l'orifice paraît agrandi et bourgeonnant. Peu mobile surtout à gauche où le paramètre paraît envahi.

Spéculum : orifice cervical agrandi au fond duquel on aperçoit un bourgeon.

Exploration endocervicale : Le canal cervical est infiltré sur toute sa hauteur.

Curettage explorateur : on retire des bourgeons charnus et néoplasiques sur toute la hauteur du col et l'on creuse ainsi une cavité pour faire une application de radium.

Biopsie : néoplasme tubulé du col.

Curiethérapie : 1^{re} application dans le canal cervical 30 mcd en 4 jours; 2^e application dans le cul-de-sac vaginal gauche 8 mcd en 4 jours.

Revue le 11 décembre 1930. Très améliorée. Induration du côté gauche.

Obs. 36'. — Mme S..., 38 ans.

Néoplasme intracervical forme infiltrante. — Histologie : tubulé. — Curiethérapie le 25 novembre 1930.

Venue pour pertes de sang.

Examen : Toucher combiné au palper : Très gros col, plus gros que le corps. Paramètre gauche induré. Le col est cependant encore assez mobile.

Spéculum : Gros col, avec quelques petits bourgeons saillants dans l'orifice.

Exploration endocervicale : Induration, saignant facilement.

Biopsie à la curette dans le canal : épithélioma tubulé. La malade serait à la limite de l'opérabilité mais son adiposité très importante contre-indique l'opération.

Curiethérapie : le 25 novembre 1930.

1^o intra-utérine 7 mcd, 5 en un jour;

2^o le 29 novembre 1930, intra-utérine et vaginale, 16, 5 mcd en 4 jours;

3^o le 30 novembre et 1^{er} et 2 décembre; vaginale 16 mcd, 5.

Pas revue depuis.

Obs. 37'. — Mlle B..., 15 ans.

Cancer total de l'utérus. — Histologie : néoplasme cylindrique et papillaire. — Grattage des bourgeons vaginaux pour curiethérapie intracervicale et vaginale. — Amélioration.

Venue consulter le 1^{er} décembre 1930 pour des pertes rosées entre les règles. Ces pertes remontent à l'âge de 8 ans.

Examen : vierge; hymen difficilement dilatable. Toucher combiné au palper, masses bourgeonnantes envahissant le vagin et le col qui est noyé dans ces masses.

Biopsie : néoplasme cylindrique et papillaire dont le point de départ semble être les glandes cervicales.

Grattage des bourgeons vaginaux le 8 décembre pour application de radium.

Curithérapie intra-cervicale et vaginale. Rayons X profonds.

Très améliorée par son radium.

Obs. 38'. — Mme R..., 64 ans.

Néoplasme endocervical avec pyométrie. — Histologie : néoplasme. Pas de renseignements sur la forme histologique.

Malade venue pour pertes de sang, après sa ménopause passée depuis 16 ans. Ces pertes datent d'un an, s'accompagnant de pertes blanches très abondantes par crises.

Examen : toucher combiné au palper : orifice du col agrandi et à pourtour induré. Col fixé surtout sur le côté gauche. Gros corps, douloureux.

Spéculum : col avec petits bourgeons dans la cavité.

Dilatation du col; il sort un flot de pus (pyométrie). On ne pense pas pouvoir faire un traitement radiumthérapique

avant désinfection de la cavité utérine. On enlève un fragment du col, au bistouri électrique pour faciliter les lavages et le drainage.

Examen histologique : néoplasme.

Radiothérapie profonde et curiethérapie.

Pas de nouvelles.

Statistique des cas curiethéragpiés.

Ces observations correspondent toutes à des cas déjà très avancés. Elles nous montrent qu'à cette période le cancer endocervical s'est extériorisé au niveau de l'orifice cervical et se rapproche, dans ses symptômes, de la forme vaginale.

Beaucoup de ces malades n'ont pas été revues. Celles qui ont été revues présentaient des résultats assez décevants. Mais, étant donné l'état avancé des lésions, ces résultats ne sont guère surprenants. Et il est impossible d'en tirer une conclusion sur l'efficacité de la curiethérapie dans les cancers endocervicaux.

3° Cas traités par association chirurgie-curiothérapie.

Obs. 1^{re}. — Mme C..., 48 ans.

Néoplasme endocervical forme bourgeonnante. —

Histologie : néoplasme sans précision sur la forme.

— *En 1924, curiothérapie préopératoire. — Opération de Wertheim 2 mois après. — Radium postopératoire par tubes de radium laissés dans le Mikulicz. — Restée guérie en 1931.*

Venue en juillet 1924 pour pertes de sang continues.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col, peu mobile avec infiltration des paramètres.

Spéculum : col ouvert avec dans le canal cervical des bourgeons visibles.

Examen histologique : néoplasme (sans précision sur la forme), cas très médiocre pour l'opération. Aussi on décide de faire un traitement curiothérapique. En août 1924 : 30 mcd en 3 jours intra-cervicaux et vaginaux.

Revue en octobre : Amélioration très nette au niveau du col, mais la mobilité est encore assez réduite avec infiltration des paramètres. Cas à la limite de l'opérabilité. On décide l'opération.

Opérée le 20 octobre 1924 (Dr Douay), opération de Wertheim. Ligature de l'hypogastrique droite très difficile, impossible à gauche. Décollement de la vessie très difficile,

car elle est très adhérente. Uretère droit facile à disséquer sauf dans les deux derniers centimètres où il traverse un paramètre infiltré, mais peu saignant. Uretère gauche très difficile à suivre, car il est, lui aussi, dans un paramètre infiltré. Les ligaments utéro-sacrés sont épaissis. Le vagin est sectionné comme d'habitude, mais son accès a été très difficile. Les régions hypogastriques sont explorées pour rechercher les ganglions. Il en existe un perceptible à gauche. Il est enlevé. On met une mèche vaginale et un Mickulicz et contre la paroi latérale gauche du pelvis 4 tubes filtres en pur para pour y mettre du radium dans quelques jours.

Pièce : Assez satisfaisante, sauf peut-être en avant du côté de la vessie. On voit que la partie inférieure du néoplasme a été très influencée par le radium, tandis que la partie supérieure remontant jusqu'à l'isthme est blanche, friable et représente du néoplasme en activité. Les paramètres enlevés sont infiltrés. Le petit ganglion enlevé paraît envahi; on l'envoie au laboratoire pour examen.

Laboratoire : Col : néoplasme. Ganglions inflammatoires.

Suites opératoires : favorables; l'état de la malade permet de faire l'application de radium le 2^e jour après l'opération. Les tubes de radium avec filtre au platine de 1 mm. montés sur un fil métallique sont glissés dans les tubes de caoutchouc placés dans le Mickulicz. Ils sont laissés en place 48 heures, et légèrement déplacés après 24 heures d'irradiation en les retirant de 1 à 2 centimètres chacun. Dose totale 14 mcd.

Mickulicz enlevé le 8^e jour. Suppuration abondante. Sortie le 39^e jour cicatrisée.

Revue le 18 juin 1925. Elle présente une petite érosion superficielle et une petite nodosité appliquée contre la veine dans le cul-de-sac droit. A surveiller.

Le 9 juillet : disparition du bourgeon du côté droit.

Le 1^{er} juillet 1926. Très bon état; de même en nov. 1927, en janvier 1929, en mars 1930.

Revue le 12 février 1931 en parfait état local et général, mais hypertension très marquée.

Obs. 2^e. — Mme P..., 46 ans.

Néoplasme endocervical forme térébrante sur moignon de col d'hystérectomie subtotale. — Histologie : carcinome. — Curiethérapie un an auparavant. — Wertheim le 10 janvier 1925. — Récidive presque immédiate.

Malade opérée d'hystérectomie subtotale en 1906 pour une cause non connue.

Présente en 1921 un néoplasme du col traité par le radium (aucun renseignement sur ce traitement fait en province).

Va bien pendant un an et demi.

Vient le 3 décembre 1924 avec des pertes de sang et des douleurs.

Examen : Toucher combiné au palper : Moignon de col fixé à gauche.

Spéculum : bourgeons sortant par le col tout petits.

Biopsie et examen histologique : carcinome du col.

Cas considéré comme très mauvais.

Opération le 10 janvier 1925 (Prof. J.-L. Faure) Wertheim. Intestin adhérent. Décollement de la vessie. Recherche des uretères et ligature des utérines, facile à droite, très difficile à gauche, car il existe un paquet induré collé jusqu'au détroit supérieur près des vaisseaux iliaques externes, dans lequel il faut sculpter l'uretère. Ablation de ce paquet. Ouverture du vagin. Pincés à demeure sur les utéro sacrés. Mickulicz. Dans le sac, on place un gros drain qu'on amène dans la loge formée par la masse indurée. Ce drain est destiné à porter du radium.

Pièce : néo térébrant endocervical gagnant le paramètre gauche.

Après 3 jours les pinces à demeure étant enlevées on glisse 4 tubes de radium dans le gros filtre. On laisse 6 heures, soit 8 mcd.

Revue le 15 avril : va bien.

Le 28 avril : petit bourgeon au fond du vagin ; on le prélève : examen histologique : carcinome.

Le 13 mai : radium vaginal 8 mcd.

Le 24 février 1926 : Morphine.

Obs. 3^{re}. — Mme P..., 42 ans.

Néoplasme endocervical forme bourgeonnante. —

Histologie : carcinome. — *Curiethérapie préopéra-*

toire. — Wertheim le 21 novembre 1925. — *Radium*

postopératoire par tubes dans le Mickulicz. — *Décé-*

dée en février 1926 de cause inconnue.

Malade venue pour des pertes de sang continues datant de plus de six mois.

Examen : Toucher combiné au palper : très gros col, avec infiltration des 2 paramètres, l'immobilisant complètement.

Spéculum : Bourgeons sortant par l'orifice du col.

Biopsie : on prélève un fragment.

Examen du laboratoire : Carcinome. Néoplasme inopérable. Aussi on décide la curiethérapie :

1^o Curettage endocervical qui enlève une grosse masse de bourgeons ; curiethérapie endocervicale et vaginale, 30 mcd en 4 jours.

Un mois après, amélioration énorme. La mobilité est devenue relativement bonne, on décide d'opérer.

Opération le 21 nov. 1925 (Prof. J.-L. Faure) Wertheim. Opération très difficile à cause des tissus épais, œdémateux et

infiltrés autour du col, saignant facilement, enfin pour adénopathie pelvienne droite considérable et très adhérente aux vaisseaux : La ligature des hypogastriques n'est pas faite, car elle est impossible à cause des ganglions. La libération de l'uretère droit est très pénible. Le gauche est facilement libéré. Mickulicz. Des tubes de caoutchouc sont placés pour permettre de glisser du radium au contact des ganglions le long de l'hypogastrique droite.

Pièce : Les sections passent bien au large des lésions. Néoplasme de l'isthme.

Examen histologique : d'un fragment de la lésion cervicale : carcinome d'un fragment du paramètre droit : envahi d'un ganglion : envahi.

Le 3^e jour : dans un des drains on glisse un tube de radium, laissé 24 heures en place, soit 7 mcd, 5. On ne peut prolonger l'application à cause d'un état nauséux très accentué.

Sortie le 21 décembre 1925.

Décédée en avril 1926, de cause inconnue.

Obs. 4^{re}. — Mme M..., 42 ans.

Néoplasme endocervical forme bourgeonnante. —

Histologie : néoplasme sans précision. — Curiethérapie préopératoire. — Wertheim le 14 février 1925. —

Récidive 6 mois après.

Malade venue pour métrorragies puis pertes rosées continues avec odeur.

Examen : Toucher combiné au palper : Gros col aussi gros que le corps. Mobilité conservée en partie. Cul-de-sac droit infiltré.

Spéculum : quelques bourgeons sortant par l'orifice du col.

Exploration endocervicale : Bourgeons dans toute la

hauteur, très friable. Curettage de la masse qui laisse une profonde cavité dans le col.

Biopsie et examen : néoplasme (sans précision sur la forme)

Cystoscopie : œdème du trigone, uretères perméables ; cas très mauvais opératoirement.

Curiethérapie intracervicale : 45 mcd en 6 jours en 2 applications de 3 jours séparées par 13 jours.

Revue le 15 janvier 1925. Le col est cicatrisé et bien plus mobile. On décide d'opérer.

Opération le 14 février 1925 (Prof. J.-L. Faure) Wertheim. On trouve un utérus fortement fixé dans le pelvis. Les annexes sont adhérentes. On les extirpe. Ligature facile de l'hypogastrique droite. Au moment de lier l'hypogastrique gauche, on constate la présence de volumineux ganglions collés contre l'iliaque externe. On les dissèque et on les enlève. Ils sont gros comme des cerises et suppurés. Ligature de l'hypogastrique gauche. Dissection de la vessie rendue très difficile par des adhérences très solides. La paroi de la vessie est réduite à la muqueuse au niveau de la portion disséquée. Dissection de l'uretère droit et ligature de l'utérine droite. Dissection très difficile de l'uretère gauche qui est entouré d'une gangue de tissu scléreux, section et ligature de l'utérine gauche. Décollement du rectum et section des ligaments utéro-sacrés. Il existe une infiltration considérable de la face postérieure du col. On place des pinces en région non envahie. Mickulicz.

Revue en juillet. Douleurs névralgiques dans la cuisse gauche. Récidive.

Obs. 5^e. — Mme L..., 36 ans.

Néoplasme endocervical forme térébrante. — Histologie : pavimenteux lobulé. Développé sur un moignon d'hystérectomie subtotale. — Wertheim le 5

août 1925. — *Radium postopératoire par tubes placés dans le Mickulicz.*

Malade opérée d'hystérectomie subtotale pour cause non connue. Vient pour pertes de sang.

Examen : toucher combiné au palper, gros col, fixé.

Spéculum : aspect normal de l'orifice cervical.

Exploration et biopsie endocervicale : on retire un petit fragment.

Examen au labo : épithélioma pavimenteux lobulé.

Opération le 5 juillet 1925 (Prof. J.-L. Faure). Wertheim. A l'ouverture du péritoine, on constate de nombreuses adhérences épiploïques et intestinales qu'on enlève difficilement. Le moignon de col adhère fortement à la vessie et à l'utérus. Les ligaments larges sont très infiltrés et toute découverte des uretères est impossible. Les ganglions sont envahis. On en enlève un gros comme une noix, adhérent à la veine iliaque externe. On place 3 drains : un médian et deux latéraux au niveau de chaque ligament large, destinés à recevoir du radium.

Examen histologique d'un ganglion : envahi.

Décédée en décembre 1926.

Obs. 6^e. — Mme R..., 44 ans.

Néoplasme endocervical forme térébrante. — Histologie : pavimenteux lobulé. — Curiethérapie préopératoire. — Wertheim le 25 janvier 1926. — Décédée en 1929 de cause inconnue.

Vient pour pertes rouges continues et pertes blanches datant de plusieurs mois.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col avec élargissement de la région isthmique; mobile en partie.

Spéculum : orifice rouge, métritique.

Exploration du canal : on ne peut introduire un hystéromètre. Toute dilatation est impossible.

On endort la malade au Schleich. Dilatation aux bougies. La curette ne ramène que de petits débris d'abord car elle pénètre difficilement.

Incision bilatérale du col : prélèvement au bistouri d'un fragment de tissu friable que la curette entame ensuite facilement. Cliniquement c'est du néoplasme. On évide la cavité pour pouvoir plus tard placer du radium.

Examen au laboratoire : néoplasme pavimenteux lobulé ayant envahi le corps.

Curiéthérapie pré-opératoire, intracervicale : 22 mcd, 5 en 2 applications de 3 jours séparées par 10 jours.

Revue 3 mois après en mars 1926. Très améliorée, opérable.

Opération le 20 mars 1926 (Prof. J.-L. Faure). Wertheim. Opération difficile mais typique, pas de ganglions perceptibles. Mickulicz.

Revue le 18 septembre 1926. Petit bourgeon non néoplasique.

Revue le 20 juin 1927 ablation d'un petit bourgeon non néoplasique dans le vagin.

Décédée en 1929 de cause inconnue.

Obs. 7^e. — Mme B..., 34 ans.

Néoplasme endocervical forme massive. — Histologie : pavimenteux tubulé. — Wertheim le 24 décembre 1927. — Radium par tubes placés dans le Mickulicz. — Donne de ses nouvelles en nov. 1930. Va très bien.

Vient pour pertes de sang continues datant de plusieurs mois.

Examen : Toucher vaginal combiné au palper : gros col, avec infiltration pelvienne droite.

Exploration et biopsie endocervicale : on prélève un petit fragment.

Examen de laboratoire : épithélioma pavimenteux tubulé. Cas très médiocre.

Opération le 24 décembre 1927 (Prof. J.-L. Faure) Wertheim. Annexites doubles et adhérences. Ligature des hypogastriques. Infiltration du paramètre droit. Pas de ganglions perceptibles. Mickulicz avec 2 tubes destinés à mettre du radium au contact du paramètre droit.

Examen de la pièce : néoplasme endocervical infiltrant. Le paramètre droit est envahi et la section passe dans du tissu très probablement envahi.

3 jours après, on glisse deux tubes de radium dans les drains soit 12 mcd en 2 jours, suites très favorables.

A donné de ses nouvelles le 1^{er} novembre 1930. A augmenté de poids de 12 kgr. Va très bien.

Obs. 8^{re}. — Mme A..., 37 ans.

Néoplasme endocervical forme térébrante. — Histologie : pavimenteux (lobulé). — Curiethérapie préopératoire un mois après. — Wertheim le 7 décembre 1929. — Restée guérie en 1931.

Venue pour pertes blanches malodorantes accompagnées de pertes de sang, datant de un an.

Examen : Toucher combiné au palper : gros col dur, fixé à gauche.

Spéculum : quelques petits bourgeons visibles dans le canal cervical.

Exploration du canal : induré dans toute sa hauteur.

Biopsie endocervicale et examen histologique : épithélioma pavimenteux lobulé.

Dosage d'urée : 0 gr. 27.

Curiethérapie préopératoire le 9 nov. 1929, 9 mcd en 4 jours.

Vaccinothérapie au propidon.

Opération le 7 déc. 1929 (Prof. J.-L. Faure). Wertheim.

On trouve un utérus mobile. Ligature des hypogastriques. Dissection des uretères. A gauche, elle est assez pénible. Il n'y a pas de ganglions palpables. Mickulicz.

Examen de la pièce : aucune ulcération n'est visible, mais la partie gauche du col est infiltrée. On en prélève un fragment pour examen de laboratoire. Réponse : envahie.

Revue le 6 avril 1930. Vagin souple, en bon état. Au spéculum : rien d'anormal ; a gagné 5 kgr.

Obs. 9". — Mme M..

Néoplasme endocervical forme massive. — Histologie : pavimenteux tubulé. — Curiethérapie préopératoire. — Wertheim 3 mois après. Suites opératoires favorables.

Venue pour des pertes irrégulières de sang datant de près d'un an.

Examen : Toucher combiné au palper : Très gros col, plus gros que le corps avec une lèvre gauche beaucoup plus grosse, mais sans ulcération ni bourgeon. Col encore mobile bien qu'il existe une infiltration à gauche.

Spéculum : gros col avec un orifice présentant un tout petit bourgeon.

Exploration endocervicale : canal très dur, saignant.

Biopsie à la curette dans le col. Examen histologique des fragments retirés : cancer tubulé du col.

Malade à la limite de l'opérabilité.

Curiethérapie le 18 février 1930 intra-utérine après dilatation difficile du canal, soit 30 mcd en 3 jours et demi.

2^e application vaginale le 1^{er} mars, 14 mcd en 3 jours.

Revue le 22 mars : le col est mobile, moins gros. Au spéculum : paraît sain, ne saigne pas au contact.

Revue le 30 avril : il semble que le col est moins mobile, on décide d'opérer.

Opération le 12 mai 1930 (Dr Douay). Wertheim typique. Pas de ganglions perceptibles. Mickulicz.

Pièce : col aussi gros que le corps. L'exérèse est bonne les paramètres enlevés largement et non envahis. L'utérus ouvert, on voit qu'il s'agit d'un néoplasme massif occupant toute la hauteur du col, sans ulcération ni bourgeons.

Sortie le 5 juillet 1930.

Obs. 10^{re}. — Mme M..., 46 ans.

Néoplasme endocervical forme infiltrante. — Histologie : pavimenteux. — Diagnostic porté : fibrome ou cancer du corps. — Hystérectomie totale. La pièce montre un néoplasme endocervical.

Vient pour métrorragies continues depuis 2 mois sans douleur, ni température.

Examen : toucher combiné au palper : gros utérus un peu bosselé, col banal, bien mobile.

Spéculum : col banal.

Hystérométrie : hauteur ut. : 7 centimètres. Fait saigner.

Le diagnostic fait est celui de petit fibrome très saignant. On pense aussi à un néoplasme du corps, et on décide de faire une hystérectomie totale.

Opération le 27 nov. 1930 (Prof. J.-L. Faure). Laparoto-

mie médiane sous ombilicale. Utérus de volume moyen bosselé. Hystérectomie totale. Mickulicz.

Pièce : il existe un petit fibrome et un néoplasme endocervical infiltrant.

Examen histologique : néoplasme pavimenteux.

Aussi on décide de faire un traitement curiethérapique postopératoire.

Le 23 déc. 1930, 1^{re} application de 3 tubes vaginaux laissés 3 jours; 2^e application 10 jours après un tube laissé 2 jours soit 32 mcd en 5 jours.

Statistique.

Ce groupe comprend 9 malades.

On peut les diviser en 3 groupes.

3 malades ont été curiéthérapiées avant l'opération.

On y trouve une récurrence très rapide, 2 encore guéries après un an et 2 ans que l'on suit.

2 malades ont été opérées (Wertheim) et curiéthérapiées grâce à des drains destinés à conduire le radium 2 ou 3 jours après l'opération.

On y trouve une récurrence en 1926 (moignon de col d'hystérectomie). Une guérison en 1930 après 3 ans.

3 malades ont été curiéthérapiées avant l'opération, puis opérées (Wertheim), puis curiéthérapiées après l'opération comme les précédentes.

On y trouve : une dont on n'a pas de nouvelles, une décédée, une guérie après 6 ans (actuellement).

Il semble que la radiumchirurgie ainsi pratiquée, Wertheim et application de radium grâce à des drains de caoutchouc laissés dans le Mickulicz et destinés à

conduire les tubes de radium quelques jours après l'opération, peut donner des succès dans des cas évidemment désespérés.

CANCER ENDOCERVICAL DES MOIGNONS DE COL

Nous en avons 5 cas ; 4 sont décédées, 3 immédiatement après l'opération, une a récidivé immédiatement après l'opération, malgré la curiéthérapie faite immédiatement après l'opération, la 5^e a récidivé 7 ans après (ce qui est très exceptionnel).

Le pronostic est donc quasi désespéré dans ces cas.

CONCLUSIONS

1° La forme endocervicale du cancer du col de l'utérus mérite d'être nettement différenciée du cancer de la portion vaginale du col, au moins pendant une longue période de son évolution, celle précisément du diagnostic utile.

2° Il faut bien la connaître, car elle représente 25 % des cancers du col.

3° Anatomiquement, elle se différencie par son siège dans l'intérieur du canal cervical, défini cliniquement : du corps utérin à l'orifice du col, visible au speculum.

Histologiquement, c'est 1 fois sur 2 un cancer pavimenteux, ce qui s'explique par des phénomènes cicatriciels du col et des métaplasies.

4° Cliniquement, à cause de son siège caché, elle est caractérisée par un minimum de signes physiques souvent réduits à un gros col aussi gros que le corps utérin et une biopsie endocervicale qu'il faut savoir bien faire.

5° Son pronostic est très favorable au début. Bien que sa gravité postopératoire immédiate soit un peu plus grande que celle des autres cancers du col, les guérisons après 5 années atteignent 75 %.

Vu, le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu, le Président de la Thèse,
J. L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Abramanni** (R.). — Association del Piometra al carcinoma dell. colle uteriae (*Rev. obst. e gyn. prat.*, Palermo, 1923).
- Bégouin**. — Pyométrie dans le cancer du col (*Gazette de gynécologie*, Paris, 1907, XXXII).
- Bennosche**. — A contribution to the study of the relation of erosion of the cervix to malignant growths of the uterus (*Am. J. surgery*, N. Y., 1917).
- Bonnet** (M.-P.). — Cancer total de l'utérus (*Soc. de chir. de Lyon*, 9 déc. 1926).
- Cancer du corps utérin de type malpighien, propagation probable d'un cancer du corps (*Soc. de chir. de Lyon*, 20 janv. 1927).
- Brose**. — Malignes cervix adenom (*Zeitschr. f. Geb. u. gyn.*, Bd, XXXI).
- Bulliard** (H.). — Diagnostic microscopique des cancers du col utérin (*La Médecine internationale*, n° 9 sept. 1928).
- Bulliard** (H.) et **Champy** (Ch.). — Trois cas de cancer du col de l'utérus (*Bulletin de l'Ass. fr. pour l'étude du cancer*, avril 1922).
- Cayne**. — Epithélioma végétaux de la cavité du col (*Gaz. hebd. des Sc. Méd. Bordeaux*, 1899).
- Champy** (Ch.) et **Coca**. — Pathogénie du cancer et culture de Tissus (*Journal de Phys. et de pathol. gén.*, t. XVIII. 1919).

- Cocheret.** — Valeur des métrorragies après la ménopause comme signe de cancer utérin (Thèse, Paris, 1909-10).
- Cornil.** — Histologie des épithéliomas du col (*Journal des conn. méd.*, 1889).
- Cruet.** — L'examen cystoscopique dans le cancer du col de l'utérus (*Ann. de gyn.*, 1913).
- Cullen** (Th.-S.). — Early squamous cell carcinoma of the cervix (*Surg. gyn. and obst.*, août 1922).
- Dallaines et Pavie.** — Cancer total de l'utérus à type pavimenteux spino-cellulaire (*Soc. Anat.*, 7 juin 1927).
- Delarbre.** — Cancer total de l'utérus (Thèse, Lyon, 1923).
- Delattre.** — Contribution à l'étude du diagnostic précoce du cancer de l'utérus (Thèse, Paris, 1925).
- Delbet** (P.). — Sur le cancer du col utérin (Discussion) (*Société d'obst. et gynéc.*, 11 mai 1908).
- Delbet** (P.) et **Herrenschmidt.** — Cancer anormal du col de l'utérus (*Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, 1909, p. 193).
- Douay** (E.). — Gynécologie (G. Doin et Cie, éd., Paris).
La Pratique chirurgicale illustrée (G. Doin et Cie, éd., Paris).
- Döderlein.** — Ueber die strahlenbehandlung des Kollumkascinoms des uterus (*Munchener Med. Woch.*, 17 février 1922).
- Duval** (J.). — Cancer primitif du corps de l'utérus (Thèse, Paris, 1928, Arnette, édit.).
- Eden** (T.). — Endocervical cancer with distension of the corpus uteri and extensive thinning of its wall (*Rec. Roy. dec. soc. med.*, London, 1912-13).
- Faure** (J.-L.). — Indication opératoire dans le cancer du col de l'utérus (*Gynécologie*, Paris, 1913).
— Traitement du cancer du col de l'utérus (*Presse Médicale*, 23 mai 1923).

- La lutte contre le cancer du col de l'utérus (*Académie de Méd.*, 21 octobre 1924).
- Le radium et la chirurgie dans le traitement des cancers de l'utérus (*Soc. obst. et gyn.* 13 oct. 1924).
- Forestier.** — La biopsie. Indication et technique (*Clinique et laboratoire*, 20 oct. 1923).
- Forgue et Massabuau.** — Gynécologie.
- Furst.** — Ueber suspectes und malignes cervixadenom. (*Zeitschr. für u. gyn.*, 1888, p. 352).
- Gautrot.** — Les états précancéreux du col de l'utérus (Thèse, Paris, 1930).
- Gouverneur.** — Les lésions cystoscopiques de la vessie dans le cancer du col (*Société de gynécologie et d'obstétrique*, 8 déc. 1924).
- Hartmann et Lecène.** — Adénome diffus du col utérin simulant un cancer (*An. de gyn. et obst.*, 1908, p. 297).
- Heinen.** — Ueber das Adenocarcinoma des cervix (*In. Diss. Munchen*, 1903).
- Heynemann.** — Dangers de la biopsie du col (*Deutsch Med. Wochens*, n° 34, 22 août 1924).
- Honoré.** — Etude, diagnostique précoce du cancer de l'utérus par la biopsie (thèse, Paris, 1913, n° 14).
- Huggins.** — Precancerous conditions of the cervix uteri (*Am. J. obst. and. gyn.*, St-Louis, 1922, IV).
- Jayle.** — Statistique des cancers utérins (*Soc. de chir.*, 1908).
 - Etiologie et symptomatologie du cancer du col de l'utérus d'après une série de 120 cas (*As. fr. de chir.*, Paris, 1901).
- Joineaux (Liévin).** — Pyomètre dans le cancer du col de l'utérus (Thèse, Montpellier, 1914).
- Kaminer.** — Essai sur le cancer de l'isthme utérin (thèse, Paris, 1893).
- Kampermann.** — Etude sur 22 cas de cancer de l'utérin.

Kaplan (M.). — La biopsie dans le cancer de l'utérus (Thèse, Paris, 1924).

Kufmann. — Ueber metaplastische Vorgänge am Epithel. des uterus, besonders an Polypen (*Korresp. f. schweizer Aerzte*, n° 7, 1909).

Kiehne. — Diagnostic différentiel entre cancer du col de l'utérus et son sarcome (*Monatsch. f. geb. und gyn.*, vol. LIX, déc. 1922).

Lahm. — Das carcinom dei Weitlichen Genitalien (*La cellule*, 1927, p. 331).

Legueu et Rebeyrand : De la pyométrie. — complication du cancer du col utérin (*Rev. de gyn. et ch. abd.*, 1899, p. 738).

Levant. — Thèse, Paris, 1912.

Leveuf et Godard. — Lymphatiques de l'utérus (*Rev. cd chir.*, 1923).

Levroux. — La biopsie dans le diagnostic et le pronostic du cancer de l'utérus (*Journal médical français*, n° 22).

Lomon. — Pyométrie (Thèse, Paris, 1906-7).

Luker (J.-G.). — Cancer de l'utérus après gonorrhée chez une jeune femme (*Proceed of the Roy Soc. of med.*, octobre 1922).

Mahle (A.-E.). — Histologie de l'adéno-carcinome du corps utérin (*Surg. gyn. obst.*, Chicago, 1923, p. 38).

Marcille. — Les lymphatiques de l'utérus (Thèse, Paris, 1901-2).

Martzloff (K.-H.). — Carcinoma of the cervix uteri a Pathological and clinical study with particular references to the relative malignancy of the noplasic process as indicated by the predominant type of cancer (*Bull. John Hopkins Hosp.*, 1923, XXXIX).

Mediano et Leroux. — Fibrome intracervical et cancer du corps utérin (*J. A.*, 1927).

Menettrier. — Les causes locales du cancer (*Paris Medical*, 1925).

— Le cancer (traité), Paris, 1909.

Michon (L.). — Valeur séméiologique des polypes de l'utérus (Thèse, Lyon, 1923).

Mock et Doré. — De la cystoscopie et du cathétérisme des uretères en gynécologie et en particulier dans le cancer (*Gyn. et obst.*, 1920, t. I, p. 357).

Montalier. — Epithélioma du col de l'utérus et fibrome (*J. M. de Bordeaux*, 1909, XXXIV, p. 377).

Moukaye Kano. — Recherches sur les néoplasies des glandes cervicales (*Gyn. et obst.*, 1922, t. V, p. 39).

Moulonguet. — Métrorragies après la ménopause en dehors du cancer du corps (*Rev. Gyn. et obst.*, année 1924).

Olivarès. — Essai sur l'adénome malin de l'utérus (Thèse, Paris, 1901).

Oltramare (Mme). — Etude sur la généralisation aux voies lymphatiques du cancer de l'utérus (Thèse, Paris 1902-03).

Parlicht. — Contribution à l'étude de l'étiologie, la symptomatologie du cancer du col et de l'utérus (Thèse, Paris, 1912).

Plyrnet. — De l'utilité de l'examen cystoscopique dans le diagnostic d'opérabilité du cancer utérin (*Annales de gynéc. et d'obst.*, 1913).

Pozzi. — Traité de gynécologie.

Princeteau (R.). — Cancer du col à début polypeux (*Paris médical*, juin 1925).

Proust (R.) et **Mallet.** — Des indications respectives de l'hystérectomie, de la curiethérapie et de la radiothérapie pénétrante dans le cancer du col de l'utérus (*Presse médicale*, 1922, n° 9, p. 89).

Regaud. — Traitement des cancers du col de l'utérus par les radiations. Idée sommaire des méthodes et des résul-

- tats. Indications thérapeutiques (*Imprimerie médicale et scientifi.*, Bruxelles, 1920).
- Traitement des cancers de l'utérus : Fondements physiол. et technique de la radiothérapie des cancers (Rueil, Chahine, éd.).
- Regnard.** — Traitement chirurgical du cancer du col de l'utérus. Hystérectomie abdominale élargie. Quelques points de la technique du prof. J.-L. Faure. Résultats (Thèse, Paris, 1923).
- Rey.** — Sur un signe précoce du cancer du col de l'utérus : l'hémorragie traumatique (thèse, Paris 1927, n° 436).
- Roussy.** — La biopsie et ses applications à la pratique médico-chirurgicale (*Journal médical français*, juil. 1913).
- Rubens-Duval.** — De la biopsie du col utérin suspect du cancer (*Paris chirurgical*, 1921, n° 1).
- Atlas du cancer, 8^e fascicule.
- Rubens-Duval et Lacassagne.** — Classification pratique des cancers dérivés des épithéliums cutanés et cutanéomuqueux (*Arch. de Path. g. et exp.*, f. IV, 1922).
- Ruge.** — Sur l'adénome malin Berlin, ges. f. geb. u. gyn., 1894 (*Zeitschr für geb. u. g.*, Bd, XXXI, p. 471).
- Siredey (A.).** — Le diagnostic précoce du cancer utérin (*Clinique et Laboratoire*, 20 oct. 1923).
- Polypes cancéreux de l'utérus (*Journal de M. et Ch. pratique*, 1920).
- Utilité des biopsies dans le diagnostic précoce du cancer utérin (*Rev. internat. de Médecine et chir.*, Paris).
- In J.-L. Faure et Siredey (*Traité de gynécologie*).
- Le diagnostic précoce du cancer (1^{er} congrès de gynéc. et obst. de langue française, Bruxelles, sept. 1919).
- Siredey et Petit.** — Note sur un épithéliome cylindrique intracervical (*Ac. Méd.*, 28 fév. 1911).
- Scott.** — Tuberculose utérine associée à un néoplasme utérin (*Am. Rev. de la tub.*, Baltimore, 1921, t. V, n° 10).

Tixier et Bonnet. — Cancer total de l'utérus (*Société de chir. de Lyon*, 9 déc. 1926).

Vasiliu Ilie. — Essai de caractérisation cinétique des stades précancéreux (col utérin) (*Bull. de l'Ass. Fr. pour l'étude du cancer*, t. XI, juin 1922).

Veit. — Handbuch der gynécologie.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Définition	14
Etiologie	21
Anatomie pathologique	27
Histologie pathologique	41
Etude clinique	48
Formes cliniques du cancer endocervical.....	67
Diagnostic différentiel	78
Diagnostic d'opérabilité	79
Pronostic	80
Traitement	81
Observations	84
Conclusions	157
Bibliographie	159
